430

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 juillet 1906, à 1 heure

PAR

H. NEPPER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Travail du Laboratoire et de la Clinique de M. le docteur Mathieu

---

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

de la

COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Président : *M.* DEBOYE, *Professeur.*

Juges : *MM.* JOFFROY, *Professeur.*
ACHARD, *Agrégé.*
DUPRÉ, *Agrégé*

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
	HUTINEL
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	HAYEM
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU	RENON.
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André	GUIART	MARION.	THIROLOIX
CARNOT	JEANSELME.	MAUCLAIRE	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

4 30

A NOS MAITRES DE REIMS

PENDANT LES DEUX ANNÉES QUE NOUS Y AVONS PASSÉES

A NOS MAITRES DE PARIS :

Docteur LETULLE, professeur agrégé ;

— HAYEM ;

— BERGER ;

— RIEFFEL ;

— REGNIER.

ET PARTICULIÈREMENT AU

Docteur MATHIEU

POUR L'ACCUEIL QU'IL NOUS FIT DANS SON SERVICE

ET SON LABORATOIRE

A MES PARENTS

INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'étude de la colite muco-membraneuse a été poursuivie avec une grande activité.

L'étude clinique, en particulier, a été l'objet de nombreux travaux, ainsi que celle des exsudats muco-membraneux. Parmi tant d'auteurs nous nous bornerons à citer les travaux de Laboulbène, de Siredey, de Krysinski, de Kitagawa et d'Edwards ; les belles monographies de Gaston Lyon sur l'entéro-colite et l'entéro-névrose, les revues de Richardière, les différentes publications de M. de Langenhagen, un récent article de Charles Esmonet de Châtel-Guyon, les thèses de Vouzelle et Froussart, l'étude complète qu'en a faite M. Mathieu dans son traité des maladies de l'estomac et de l'intestin et dans divers articles publiés en 1894, en 1897 et en 1905 dans la *Gazette des hôpitaux* en collaboration avec J.-Ch. Roux.

Aussi à l'état actuel, la symptomatologie de l'affection nous paraît nettement définie et nous n'avons point la prétention d'y ajouter ou d'y changer quelque chose.

L'objet de cette étude est beaucoup moins vaste. A la suite des belles expériences du professeur Roger sur la coagulation de la mucine, nous avons entrepris une série

de recherches dont nous voulons ici donner le détail et les résultats.

Aussi laissant de côté l'étude clinique de l'affection, après avoir brièvement rappelé les gros symptômes, nous passerons à l'étude de la pathogénie de la colite et du traitement qui nous a paru devoir en être la conséquence naturelle.

Tel est le sujet que nous nous proposons d'aborder dans le présent travail.

La première partie sera consacrée à la pathogénie de la colite et aux expériences qui s'y rapportent.

La deuxième aura rapport à la thérapeutique.

Enfin, dans un appendice, nous donnerons la technique du traitement, les incidents à connaître et enfin le régime à instituer.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Résumé symptomatique. — La colite muco-membraneuse est un complexus symptomatique à évolution essentiellement lente et chronique que caractérise le syndrome suivant :

Constipation, productions muco-membraneuses et douleurs. « Ce syndrome, dit M. Mathieu, a une véritable *unité clinique* ; il reste très comparable à lui-même, qu'il s'agisse d'une colite muco-membraneuse consécutive à la constipation habituelle, ou d'une colite chronique à début brusque succédant à une poussée aiguë ou subaiguë de colite dysentériforme, que celle-ci soit du reste d'origine toxique ou infectieuse. »

Ce syndrome stase fécale, évacuations muco-membraneuses, douleurs, est essentiellement stable et cette stabilité résulte simplement de la permanence des éléments suivants : spasme localisé ou généralisé du côlon, irritation superficielle, irritabilité réflexe excessive.

Etiologie. — A cette affection caractérisée par ce syndrome clinique si net on a reconnu des causes différentes que l'on peut diviser en deux classes :

1° Causes prédisposantes ;

2° Causes occasionnelles.

1° **Causes prédisposantes**.

a) *Arthritisme.* — Parmi elles il nous faudra placer en première ligne, l'arthritisme. Pour nombre d'auteurs, Vouzelle en particulier, la colite muco-membraneuse évolue toujours sur un terrain arthritique.

b) *Hérédité nerveuse et neuro-arthritisme* qu'il nous suffira de citer.

c) *Condition sociale.* — Il est à remarquer que cette affection se rencontre spécialement dans les classes aisées, parmi les citadins. On dira, il est vrai, que c'est chez eux surtout que sévit l'arthritisme et cette cause ne serait qu'un mode de production de la première.

d) *Age adulte.* Rare dans la première enfance, elle est fréquente dans la seconde. Bottentuit la trouve soixante fois sur 460 cas.

Mais c'est l'âge adulte, de 25 à 40 ans, qui fournit de beaucoup le plus grand nombre de malade.

e) *Sexe.* Sans être l'apanage de la femme, cette affection est cependant beaucoup plus fréquente chez elle Litten la rencontre dans 80 p. 100 de la totalité et Gaston Lyon admet qu'elle est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

2° **Causes occasionnelles**. — Elles sont nombreuses. Nous citerons :

L'abus des purgatifs salins et des lavements ;

Les mauvaises habitudes de défécation ;

Une alimentation défectueuse : qu'elle soit trop abon-

dante, trop exclusivement carnée ou au contraire végétarienne.

Nous citerons encore, sans nous y arrêter plus longuement :

La vie sédentaire et la *constipation habituelle* qui en est l'ordinaire conséquence.

On a aussi incriminé :

Les hémorroïdes ;

Les polypes intestinaux ;

Les tumeurs abdominales ;

Les lésions utéro-ovariennes ;

Le rein mobile et l'enteraptose sur lesquels a insisté Glenard.

Sans nous arrêter aux causes banales comme le froid humide et prolongé, nous citerons les cas où la colite chronique s'établit comme reliquat :

D'une colite aiguë ;

D'une dysenterie ;

D'une péritonite ;

D'une typhoïde ;

Autre cause : « La colite, dit Robin, est un syndrome sous la dépendance d'un état gastrique hypersthénique produisant de la paralysie intestinale et de la coprostase. »

M. Mathieu a combattu cette théorie en disant que :

Si cette affection accompagne souvent les diverses formes de la dyspepsie gastro-intestinale on la rencontre avec des états tout à fait apposés de chimisme gastrique : elle coïncide volontiers avec des phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, avec un mélange plus ou moins intime de spasme et d'atonie.

Pour lui, la constipation est la cause primordiale, nécessaire de cette affection et c'est là un fait indéniable. Ce symptôme en effet se retrouve toujours à l'origine de la colite muco-membraneuse et fait partie du trépied symptomatique, caractéristique de cette affection.

Pathogénie. — La stabilité du syndrome, douleurs, évacuations muco-membraneuses, stase fécale, est loin d'impliquer un processus spécifique attribuable à un agent causal toujours identique. Aussi trouvons-nous différentes théories.

1° *Théorie infectieuse,* — Les uns, mettant en première ligne l'inflammation superficielle de la muqueuse du côlon, ont recherché dans la flore microbienne si complexe du gros intestin un agent spécifique de cette inflammation. Pour eux, les poussées aiguës, soit au début, soit dans le cours de l'affection, confirment l'origine infectieuse de la colite muco-membraneuse.

La stace fécale et l'hypersecrétion muqueuse, constantes dans cette affection représentent d'excellentes conditions de développement de la flore microbienne déjà si riche du côlon. Aussi est-il bien difficile d'attribuer dans ces conditions à tel ou tel microbe pathogène une action véritablement spécifique. Combe et Amann (de Lausanne) attribuent une grande importance au *bacillus fluorescens* et au *proteus vulgaris* de Hauser. Le diplocoque de Thiercelin, le coli-bacille à différents degrés de virulence ou tout autre agent pathogène nous semble difficilement imputable d'une action spécifique.

Nous ne contestons pas que l'infection microbienne joue

un rôle dans la colite muco-mambraneuse, quelle peut venir compliquer. Toutefois il ne nous paraît nullement démontré que ce rôle soit ou prédominant ou spécifique dans cette affection.

Et s'il semble naturel d'attribuer à la virulence microbienne exagérée les poussées plus ou moins aiguës au cours de la colite, ou bien les entérites aiguës auxquelles cette affection fait suite « *de par son évolution chronique*, nous dirons avec Vauzelle, que la colite semble ne pouvoir être considérée comme une maladie *à point de départ infectieux*. Seuls pourraient plaider en faveur de cette théorie les cas où elle se succède à des entérites aiguës. »

Tous les auteurs ont signalé sans doute des *amas microbiens* dans la fausse membrane. Mais s'ils sont nombreux dans la couche mucineuse, la plus interne, celle qui borde la lumière de l'intestin. Ils sont de moins en moins nombreux à mesure qu'on approche de la face extérieure de cette fausse membrane, et ils sont relativement rares dans les couches fibrillaires, c'est-à-dire au niveau de l'épithélium, là où ils devraient au contraire s'accumuler pour créer une irritation inflammatoire.

« Tous ces microbes, dit Ch. Esmonet, ne paraissent guère faire ici autre fonction que de *Saprophytes*. »

Au cours de recherches très intéressantes sur les poisons de l'intestin, M. Le Play a reconnu et démontré que dans les *infections chroniques* du conduit intestinal les produits intestinaux sont moins toxiques même qu'à l'état normal et beaucoup moins dans les deux cas que dans les affections aiguës.

Il invoque pour expliquer *ce fait* les différences d'activité

dans les fermentations et les sécrétions microbiennes en rapport avec la lenteur des troubles morbides.

Voici ces résultats résumés dans le tableau synoptique suivant :

Produits intestinaux	Sujets normaux	Sujets athripsiques avec troubles intestinaux chroniques	Sujets atteints d'entérité aiguë ou dysenteriforme
Couleur Odeur Consistance	Jaunâtre doré Forte insupportable. Se lient bien avec le sérum.	Verdâtre Quelquefois à peine marquée. Se combinent moins avec le sérum, les éléments ne restent pas intégralement en suspension dans le sérum, une partie reste au fond ne se mélangeant pas bien.	Verdâtre, vert, brun. Très fétide Solution plus aqueuse
Résistance à la tyndallisation (58°).	*4 à 5 h.*	*3 à 4 h.*	*5 à 6 h.*
Virulence	GRANDE	MOINS GRANDE	TRÈS GRANDE

« On peut, d'autre part, faire observer, dit-il, que dans le conduit intestinal, quand l'infection est chronique il peut s'établir entre les microbes une sorte de concurrence vitale parfois même de véritables antagonismes contribuant à abaisser le pouvoir nocif. » Et il compare aux processus microbiens qui se poursuivent au sein de l'intestin, les

phénomènes qui se passent au sein des bouillons de cultures où l'intensité toxique ou virulente va, tout d'abord, croissant, puis reste stationnaire et ensuite va diminuant à mesure que la culture vieillit.

Dans le cas particulier qui nous occupe, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de concilier la théorie infectieuse qui repose sur une exaltation de virulence et de toxicité avec ces faits expérimentaux, puisque la colite est une *affection* essentiellement chronique.

Et l'opinion de Vouzelle qui dénie absolument aux différents microbes soi-disant spécifiques de cette affection une action quelconque dans le mécanisme pathogénétique tend de plus en plus à se généraliser.

Il nous faut donc chercher en dehors de l'infection, ce qui peut jouer le rôle de point de départ. Toutefois si nous refusons d'admettre la nature primitivement infectieuse de la maladie, cela ne veut point dire qu'à aucun moment de son évolution, elle ne puisse se compliquer d'infection secondaire, ce qui serait contraire à la réalité, car on rencontre souvent en clinique des complications, appendiculaires par exemple, qu'il est impossible d'expliquer autrement. Mais ce ne sont là que des épiphénomènes.

Deuxième théorie. — A côté de cette théorie infectieuse sur laquelle nous nous sommes un peu étendus et parmi les causes innombrables que l'on a fait présider à la genèse de cette affection, nous rappelons d'abord la théorie de Robin déjà citée, qui en fait un syndrome subordonné à un état gastrique hypersthénique et les objections de Mathieu qui rendent cette théorie difficile à admettre.

Troisième théorie. — La théorie de G. Sée est tout autre.

Il s'agit pour lui d'une pseudo-dyspepsie gastrique vraie.

Quatrième théorie. — Pour Glénard, l'entérite muco-membranense ne serait qu'une forme avancée de l'entéroptose. Quelle que soit la théorie, il est un fait clinique indéniable, c'est la fréquence des différentes ptoses, surtout la nephroptose dans la colite muco-membraneuse et particulièrement dans ses formes graves.

Cinquième théorie. — Les phénomènes de colite relèvent-ils simplement d'un état névropathique du sujet, d'un trouble purement nerveux. Et ce trouble est-il dû à l'état général du sujet ou à un réflexe parti de l'intestin ? C'est là une autre hypothèse.

Enfin, pour M. Mathieu, c'est un reflexe à court et à long circuit et en même temps inflammation superficielle avec hypersécrétion muqueuse et desquamation cellulaire.

CHAPITRE II

Mucus et mucinase.

Mais que ce soit l'irritation causée par la présence du bol fécal, que ce soit un état sous la dépendance de cause psychique, que la maladie soit subordonnée à une néphroptose ou à une épine irritative, appendicite plus ou moins méconnue, salpyngite ou telle autre cause que l'on voudra, il est un fait primordial, capital, c'est l'hypersécrétion muqueuse intestinale.

Cette hypersécrétion serait sous la dépendance d'une excitation du grand sympathique. C'est l'opinion émise par MM. Mathieu, Legendre, Gaston Lyon, etc., et que l'on a essayé de montrer expérimentalement.

Parmi ces expérimentateurs, nous citerons MM. Soupault et Jouaust, M. Laignel-Lavastine, MM. Hallien et Bernard.

C'est Nothnagel qui, le premier, fit des recherches sur la sécrétion du mucus intestinal à l'état pathologique. Adolphe Schmidt en particulier a repris ces travaux à l'étranger. En France, cette question importante n'a été, à notre connaissance, traitée que dans les pages que lui a consacrées

M. Mathieu dans son traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Enfin Soupault et Jouaust, et dernièrement le professeur Roger ont montré, par expérimentation sur le lapin, qu'une sécrétion très abondante de mucus intestinal pouvait succéder à une excitation du pneumogastrique, à une irritation reflexe d'un organe voisin de l'intestin, à l'évacuation par la muqueuse intestinale de substances toxiques injectées dans le sang.

Ainsi donc tout se ramène à une hypersécrétion muqueuse que l'on peut expliquer comme nous venons de le dire. Mais dans la colite, ce mucus se présente coagulé en totalité ou en partie seulement. Voyons-en la cause.

Pourquoi cette coagulation et comment l'expliquer ? Avec M. Mathieu et après lui nous pensons que, après exsudation de la couche mucineuse intestinale, une partie du liquide peut être résorbé par la paroi. La consistance de la mucine se trouve ainsi augmentée au fur et à mesure de la résorption.

C'est au niveau de la couche muco-épithéliale qu'a lieu cette résorption, cette déshydratation. A une première sécrétion, suivie d'une première résorption, en succède une seconde et ainsi de suite. Et il semble bien que l'épaisseur, la dimension et la consistance de la fausse membrane aient un rapport constant avec la durée de la stase fécale. Et l'épaisseur croissante de la fausse membrane ainsi que la diminution progressive de sa perméabilité au fur et à mesure de l'appert des couches successives, successivement asséchées, explique suffisamment, semble-t-il, pourquoi cette résorption ne se fait que sur une petite

épaisseur et dans la partie immédiatement au contact de la muqueuse intestinale.

Pourtant, si l'on examine histologiquement une coupe de fausse membrane, on remarque ceci :

Les couches homogènes, celles qui sont les plus internes, contiennent très peu de cellules épithéliales.

Les couches fibrillaires, au contraire, les plus proches de la muqueuse, en contiennent en grand nombre.

Ces cellules, par un procédé analogue à celui qu'on a invoqué pour les leucocytes, ne pourraient-elles mettre en liberté un ferment coagulant ?

C'est l'hypothèse qu'émettait après coup M. Ch. Esmonet, après la publication des résultats des belles recherches poursuivies par M. le professeur Roger et M. Tremolières, qui ont mis en évidence l'existence de ce ferment.

Ainsi, au mécanisme de l'assèchement vient s'en ajouter un autre qui, en s'y superposant, et sans s'y substituer complètement, vient prendre la place prépondérante dans la formation de la muco-membrane.

Ce ferment, M. Roger l'a appelé *mucinase* et nous rappellerons ici la façon dont il l'a préparé.

Il prépare d'abord avec une muqueuse intestinale de chien ou de lapin de la mucine.

Puis, partant de la même muqueuse plongée dans la glycérine, il prépare la mucinase.

L'extrait glycériné est précipité par l'alcool fort, et le précipité est redissout dans l'eau.

L'addition de la mucinase à une solution de mucine en détermine la coagulation : cette mucine trouble d'abord le

liquide puis se dépose au fond, et il surnage un liquide clair qui ne contient plus trace de mucine.

Mais, de plus, M. Roger a constaté *que la bile contenait des substances s'opposant à l'action du ferment*, substances dissoutes dans l'alcool et dont l'action n'est abolie ni par l'ébullition ni par le chauffage à l'autoclave.

Nous avons, M. Riva et moi, entrepris une série d'expériences sur cette action anti-coagulante de la bile, et ce sont ces expériences que nous allons maintenant exposer le plus brièvement possible.

CHAPITRE III

Recherches sur les substances anti-coagulantes de la bile.

Nous avons d'abord préparé, d'après les indications données par le professeur Roger dans son cours d'ouverture sur le tube digestif, une solution *de mucinase*. Nous nous sommes servi pour cela d'intestin de bœuf ou de porc.

Nous avons de même extrait, du même intestin, une solution de mucine. Et nous devons ajouter sur ce point particulier, qu'en plus de la mucine préparée par nous, nous avons employé deux autres solutions de mucine.

L'une préparée avec de la mucine commerciale, *d'origine inconnue*.

L'autre préparée par M. Adrian avec de l'intestin de bœuf d'après nos indications.

Telles sont les trois solutions de mucine dont nous nous sommes servi au cours de nos expériences.

Nous désignerons la première sous le nom de *mucine a*, la deuxième sous le nom de *mucine b*, la troisième sous le nom de *mucine c*.

Qu'on nous permette de rappeler ici les caractères de la mucine :

1° Viscosité ;

2° Précipitation par l'acide acétique *sans redissolution dans un excès ;*

3° Précipitation par l'alcool ;

4° Existence de soufre dans sa composition à côté de C, H, O, Az, *à l'exclusion du phosphore ;*

5° Traitée à l'ébullition par un acide minéral étendu, elle se dédouble en une substance albuminoïde et un hydrate de carbone qui a pour caractères de ne pas fermenter mais de réduire la liqueur de Fehling.

C'est une mucine de cette sorte que nous avons employée à l'exclusion en particulier de la pseudo-mucine biliaire qui constitue, à côté d'un peu de mucine vraie, la presque totalité du mucus biliaire.

C'est Landwehr qui l'a différenciée et caractérisée par les signes suivants :

1° Viscosité ;

2° Précipitation par l'alcool ;

3° Précipitation par l'acide acétique avec *redissolution dans un excès de réactif* ;

4° *Phosphore* dans sa constitution ;

5° Le traitement à l'ébullition par un acide minéral ne fournit pas d'hydrate de carbone réducteur.

Landwehr croyait que c'était un mélange de globuline avec des sels biliaires, mais Hammersten et Paijkull ont montré que c'était une mucléo-albumine. Comme celle-ci elle est :

1° Soluble dans les solutions alcalines diluées en donnant une liqueur à réaction neutre, à consistance visqueuse ;

2° Phosphorée ;

3° Soumise à la digestion elle laisse un dépôt inattaqué de nucléine.

Nous avons cru devoir rappeler ces différences entre la mucine véritable et la pseudo-mucine biliaire, car nous croyons qu'il n'est pas indifférent de se servir de l'une ou de l'autre dans les expériences que nous allons décrire.

Il nous reste maintenant à indiquer sous quelle forme nous avons employé la bile.

Nous nous sommes servis de bile de bœuf après les manipulations suivantes brièvemet résumées :

La bile est d'abord évaporée au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse puistraitée par l'alcool fort. Le précipité est séparé par filtration. Le filtratum est évaporé ensuite jusqu'à consistance sirupeuse et repris par l'eau de façon que l'extrait biliaire soit dissout dans la proportion de 7 à 10 grammes pour 500 grammes d'eau. Ces chiffres n'ont évidemment rien d'absolu et peuvent changer avec le plus ou moins de concentration de l'extrait et suivant le désir de l'expérimentateur.

Nous avions ainsi un extrait contenant seulement les substances solubles dans l'alcool.

Il suffisait alors de faire un mélange des trois solutions : mucine, mucinase, extrait biliaire, pour se rendre compte si cet extrait possédait une action anti-coagulante.

Pour cela nous nous sommes servis de petits tubes en verres de 12 centimètres de long et de 4 à 5 millimètres de diamètre que nous remplissions par parties égales des trois solutions précédentes. Puis les mettant à l'étuve à 40°

avec des tubes témoins dont on verra le contenu dans le tableau ci-dessous, nous lisions les résultats au bout de 3, 6, 8, 12, 24, 36 heures.

Mais pour nous mettre à l'abri des causes d'erreur que la présence de microbes et de fermentations possibles auraient pu amener, nous n'avons tenu compte que des résultats des huit premières heures. Et c'est la moyenne de ces résultats que nous reproduisons dans le tableau ci-après, tableau d'ensemble où nous mettons les résultats des différentes séries.

Si l'on veut bien examiner le tableau précédent, nous ferons d'abord remarquer que les tubes 5, 7, présentaient un léger louche à la fin de la huitième heure, ainsi que le tube 13 de la troisième série. Mais même dans ces tubes, le retard de coagulation est net puisque dans les tubes témoins de mucine et mucinase correspondant la coagulation au même moment était complète.

Nous voyons donc, d'après le tableau précédent, que manifestement l'extrait biliaire a une action anti-coagulante très nette, empêchant la mucinase d'accomplir son action.

Ce point établi, et sur les conseils de M. Mathieu, il nous a paru intéressant de rechercher :

1° Si la mucinase existait dans les matières fécales, si on pouvait l'y déceler, et dans quels cas et sous quelles conditions ;

2° Si l'on pouvait déceler, dans les matières fécales, une action anti-coagulante, et sous quelles conditions cette action pouvait apparaître, et qu'elle en était l'origine.

N° des tubes.	Tubes contenant l'extrait biliaire.			Signe des tubes.	N° des tubes.	Tubes témoins de contenu différent.			Signe des tubes.
	Extr. biliaire.	Mucine.	Mucinase.			Extr. biliaire.	Mucine.	Mucinase.	
T. 1	»	a	»	—	T. α	»	Mucine α		—
T. 2	»	a	»	—	T. β	»		Mucinase	—
					DEUXIÈME SÉRIE				
T. 3	»	a	(porc)	—	T. γ		a	(porc)	+
T. 4	»	B	(porc)	—	T. δ		B	(porc)	+
T. 5	»	a	(bœuf)	—	T. ε		a	(bœuf)	+
T. 6	»	B	(bœuf)	—	T. η		B	(bœuf)	+
T. 7	»	C	(bœuf)	—	T. θ	Eau distillée	a		—
T. 8	»	C	(porc)	—	T. μ	Eau distillée	B		—
T. 9					T. υ	Eau distillée		(bœuf)	—
T. 10					T. ρ	Eau distillée		(porc)	—
					TROISIÈME SÉRIE				
T. 11	»	B	(porc)	—	T. α′		a	(porc)	+
T. 12	»	C	»	—	T. β′		B	(porc)	+
T. 13		a	»	—	T. γ′		C	(porc)	+
T.					T. δ′	Eau distillée		(porc)	—
					T. ε′	Extr. biliaire		(porc)	—
					T. η′	»	B		—
					T. θ′	»	C		—
					T. μ′	Eau distillée	a		—
					T. υ′	»	C		—

CHAPITRE IV

Recherches de la mucinase dans les matières fécales.

Dans une première série de recherches, M. Riva procéda de la façon suivante. Il mélangeait les matières à une quantité d'eau suffisante pour obtenir un mélange de consistance très fluide ; puis filtrait après 24 heures. C'est sur le filtratum qu'il fit ses essais, en le mélangeant à une solution de mucine dans des tubes analogues à ceux que nous avons déjà décrits. Il les mettait à l'étuve à 38°, puis il lisait les résultats de la façon que nous avons déjà dite en ne tenant compte que des huit premières heures pour éviter les erreurs possibles dues à des actions microbiennes secondaires.

Il examina des selles de toutes sortes, d'ordre pathologique ou non, et cet examen donna les résultats suivants.

Sur 30 cas examinés, 13 présentèrent la réaction de coagulation.

Voici les conclusions qu'il en tira.

« 1° Dans certains cas, la mucinase existe dans les fèces et on peut l'y déceler. Je l'ai dans mes expériences rencontrée dans 40 p. 100 des cas examinés ;

2° Le fait de la présence de la mucinase ne semble pas influencé par l'état physique des selles au moment de l'examen, ni par la durée de la traversée digestive ;

« 3° La constipation habituelle existant depuis un certain temps, ou des altérations anciennes de la muqueuse intestinale même sans constipation, comme une dysenterie chronique des pays chauds par exemple, influent manifestement sur la présence de la mucinase dont l'action est exagérée ;

« 4° La quantité *de mucus* ou *de muco-membranes* dans les selles, dans les cas de diarrhée, fausse diarrhée et spécialement de constipation, semble augmenter proportionnellement à la mucinase. »

Au cours de ces expériences, sur les 13 cas positifs examinés, il est utile de remarquer qu'un certain nombre des selles examinées *contenaient* peu ou *point* de mucus ou de muco-membranes. On en pouvait facilement conclure que :

La mucinase existant, si elle n'avait point eu son action coagulante ordinaire dans le tube digestif, c'est qu'elle avait été contrebalancée par une action directement contraire. Ajoutons que dans ces cas, où la mucinase était restée sans action, le malade ne présentait cliniquement aucun autre symptôme de colite.

De plus, un fait nouveau vint à l'appui de cette hypothèse. En recherchant la mucinase dans les matières fécales, nous nous sommes aperçus qu'un mélange d'une solution de mucine et de mucinase avec l'extrait aqueux de matières fécales ne donnait aucune coagulation ou une coagulation imparfaite. Il était naturel de conclure dans

ces cas à la présence, dans les selles qui avaient fourni l'extrait aqueux, d'une ou plusieurs substances anti-coagulantes.

Et dans une autre série d'expériences. M. Riva et moi nous avons essayé de résoudre les deux questions suivantes :

1° Cette action existe-t-elle normalement dans toutes les selles ?

2° Quelle est son origine ?

I. — Nous avons examiné des selles normales, pathologiques, d'ordre différent et dans cinquante cas soumis à l'expérience nous avons *toujours* constaté *cette action anti-coagulante*. Nous croyons donc pouvoir affirmer qu'elle existe dans *tous les* cas.

II. — Il nous restait à en chercher l'origine, et pour cela nous avons institué les expériences suivantes :

A) Nous avons d'abord recherché si cette action ne provenait pas de la muqueuse intestinale elle-même. *Jamais nous n'avons pu l'y déceler.*

B) Nous avons pris un certain nombre de malades dont les selles contenaient de la mucinase dans de fortes proportions. Nous leur avons injecté de l'extrait biliaire. Après une série de 7 à 12 injections espacées en 12 à 20 jours suivant les cas, l'extrait aqueux des fèces présentait une réaction anti-coagulante très nette et cette action durait encore 2 mois après cessation du traitement.

De plus nous avons constaté que cet extrait aqueux de matières ne perd pas son pouvoir anti-coagulant, ni par l'ébullition, ni par chauffage à l'autoclave.

Aussi ces réactions de l'extrait aqueux, en tous points

semblables à celles de l'extrait biliaire que nous avons relatées plus haut, nous ont permis de les identifier et de conclure que dans l'intestin l'action anti-coagulante a bien *une origine biliaire*.

En résumé de toutes ces expériences, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Dans certains cas il existe dans les fèces une action coagulante due a la mucinase ;

2° Dans tous les cas on peut déceler une action anti-coagulante due à la bile.

Il nous restait à déterminer les rapports de ces substances anti-coagulantes et de la mucinase et de rechercher comment cette dernière pouvait être mise en valeur.

Quand on mélange l'extrait aqueux de matières à une solution de mucine deux cas peuvent seuls se présenter :

Le mélange donne ou non une réaction de coagulation.

A Il n'y a pas coagulation.

3 raisons possibles se présentent à l'esprit :

1° S'il y a des muco-membranes, c'est que la mucinase a été fixée en entier par cette production ;

2° S'il n'y a pas de muco-membranes, c'est que la mucinase n'existe pas ;

3° Enfin, dernière hypothèse, on peut supposer, dans l'un et l'autre cas, qu'il y ait ou non des productions membraneuses, que la mucinase a été neutralisée par une quantité X de substances anti-coagulantes.

Nous avons constaté que ces trois cas peuvent se présenter et que la mucinase lorsqu'elle existe est neutralisée par une proportion plus ou moins forte de substances anti-coagulantes. Et dans le cas où les selles contiennent des muco-membranes, la non-coagulation coïncide avec les *colites légères* ou les *affections relativement récentes* de la muqueuse intestinale.

Enfin :

B Il y a coagulation.

Dans ce cas on peut supposer :

1° Que la substance anti-coagulante n'existe pas ;

2° Que l'action de la mucinase prévaut sur elle.

Nos expériences nous permettent de conclure qu'il existe *toujours* une quantité plus ou moins grande de substances anti-coagulantes, mais dans certains cas, *insuffisante* pour neutraliser la mucinase dont l'action prévaut sur elles.

Ce sont les cas de *colite muco-membraneuse intense*, d'affections *anciennes* de la muqueuse intestinale, où toute la mucinase n'est pas utilisée et dont le surplus est évacué avec les matières fécales.

En résumé nous croyons en dernier lieu pouvoir émettre l'opinion suivante sur la formation de la muco-membrane et formuler cette proposition :

LA FORMATION DE LA FAUSSE MEMBRANE EST FONCTION DE L'AUGMENTATION DE LA MUCINASE ET DE LA DIMINUTION SIMULTANÉE DES SUBSTANCES ANTI-COAGULANTES DE LA BILE, QUI EN PERMETTENT LA MISE EN VALEUR.

En dernier lieu nous avons recherché s'il était possible

de déceler la nature de ces substances anti-coagulantes, si cette action était due à une ou plusieurs des substances déjà connues de la bile ou à une substance spéciale.

Ces derniers résultats ont été publiés dans une communication (mal redigée du reste) à la Société de Biologie et qui pourrait laisser par cela même quelques doutes. Aussi croyons-nous devoir la résumer ici. Nous avons essayé pour les différentes substances de la bile leur action sur la mucinase.

Nos résultats ont toujours été négatifs, et il nous est impossible de nous prononcer sur une hypothèse qui vient naturellement à l'esprit : existe-t-il une substance spéciale anti-coagulante ?

Mais cette existence problématique fut-elle établie, ce qui est bien peu probable, son isolement fut-il un fait accompli, que nous nous en tiendrons en pratique à la préparation de l'extrait biliaire comme nous l'avons indiqué, dont nous avons éliminé toutes les substances inertes et conservé sous le plus petit volume possible les substances actives.

A l'action élective sur les cellules mucipares et le mucus viennent en effet s'en ajouter nombre d'autres qui sont loin d'être négligeables.

La bile en nature ou en extrait tel que celui que nous avons préparé, est un puissant cholagogue qui provoque rapidement un accroissement de la sécrétion biliaire, phénomène très important dans le cas particulier, permettant à l'organisme de lutter plus facilement contre la sécrétion de la mucinase.

Elle a une action anti-putride et anti-microbienne depuis longtemps prouvée.

Elle excite le péristaltisme intestinal. Les travaux de Scheef en particulier ont prouvé qu'elle possède une action laxative très nette. Cette action est des plus utiles dans la lutte contre la constipation, mais cependant elle ne doit point faire oublier *son action spécifique sur le mucus.*

De toutes ces actions on peut conclure à l'importance de la secrétion biliaire dans la genèse de la colite et nous voyons un facteur nouveau venir se placer à l'origine de la colite muco-membraneuse — ce sont les troubles de la secrétion biliaire dont la diminution permet à la mucinase d'avoir son action coagulante — ; et la clinique nous donne elle-même quelques enseignements qui viennent à l'appui de cette thèse et corroborent les faits expérimentaux que nous avons décrits.

CHAPITRE V.

Troubles hépatiques au cours de la colite.

(Dans la *Littérature Médicale.*)

Le foie peut être déplacé et pour Glenard ces troubles fonctionnels auraient une importance extrême dans la genèse des ptoses dont l'entéro-colite muco-membraneuse ne serait, d'après sa théorie, qu'une forme très avancée. Il a même créé le mot d'*hépatisme*.

Le foie peut par exception être congestionné et déborder le rebord costal. Le plus souvent, comme l'a dit Mathieu, on le trouve retracté. Cet état de rétraction est du reste la règle dans tous les états dyspeptiques.

Il est des cas où le foie, surtout au moment des crises paroxystiques, a paru à la percussion gros et douloureux et il n'est pas rare de déterminer une douleur très vive en comprimant sa face inférieure au niveau de la vésicule biliaire. Dans certains cas on a noté une teinte jaunâtre des conjonctives.

Van Swieten, cité par Potain, dans un article de la *Semaine médicale* de 1887, avait déjà pensé qu'il fallait CHERCHER LA CAUSE DE LA COLITE DANS L'HYPOSÉCRÉTION DE CET ORGANE.

Pour lui la diminution de l'apport de la bile dans le tube digestif entraînerait une paresse intestinale telle qu'elle expliquerait l'apparition de la constipation et tous les troubles consécutifs. Baraduc signale cette hypo-sécrétion, cette hypocholie que les Anglais décrivent sous le nom de foie torpide, caractérisée par un ralentissement de la fonction cholagogue du foie. Malibran et de Langenhagen ont rapporté des cas d'acholie pigmentaire. L'acholie peut être complète. Chez quatre malades, de Langenhagen a observé d'une façon très nette la décoloration des matières semblables à de la terre glaise comme dans l'ictère par rétention. Et ce fait survenait par périodes intermittentes et durant un temps variable de quelques jours à plusieurs semaines.

« Comme, ajoute de Langenhagen, cette décoloration des matières ne s'accompagne d'aucun ictère, ni d'aucun signe indiquant une affection hépatique, force est bien d'admettre que chez ces malades, pour une raison quelconque la fonction cholagogue du foie était ralentie, que la bile à un certain moment n'était plus sécrétée. »

Potain fait remarquer combien se retrouvent souvent, au cours de la colite, les crises de lithiase biliaire.

On a même vu les crises paroxystiques alterner avec les coliques hépatiques.

« Et de fait si tous les malades atteints de lithiase biliaire sont, comme l'a remarqué Dieulafoy, des arthritiques avérés, ils sont *tous atteints* de colite muco-membraneuse. » (Thèse de Vouzelle).

On voit donc par ce simple aperçu combien les troubles hépatiques au cours de lacolite ont attiré l'attention des

différents auteurs. Un travail de M... dans le *Bulletin médical* de 1905 traite théoriquement cette question de l'oligocholie. Aucun autre auteur à notre connaissance du moins, à part Van Swieten, n'avait fait de cette oligocholie un facteur étiologique de premier ordre, nous dirons même plus, absolument indispensable dans la genèse de la colite.

Et les expériences relatées plus haut, qui viennent prouver nettement l'action anti-coagulante de la bile, ses rapports dans les fèces avec la mucinase, son mode d'action dans la genèse de la muco-membrane, semblent nous permettre d'énoncer la proposition suivante.

La colite muco-membraneuse est directement fonction de l'oligocholie et ne peut pas exister sans elle.

Ou tout au moins il doit exister dans tout les cas, sinon une oligocholie dans le sens absolu du mot, du moins une insuffisance cholique relative par rapport à la quantité de mucinase.

Il est en effet permis de supposer que la secrétion biliaire reste la même, tandis que l'excrétion mucinàsique augmente, réalisant cependant par un mécanisme différent le même phénomène, c'est-à-dire une insuffisance cholique.

Conclusions

Nous croyons comme résumé des expériences précédentes pouvoir émettre sur la pathogénie de la colite et de la fausse membrane les 2 propositions suivantes ;

1° La colite muco-membraneuse est fonction de

L'OLIGOCHOLIE ET NE PEUT EXISTER SANS ELLE. (En la comprenant comme il est dit plus haut).

2° *La fausse membrane est fonction :* A) *de l'augmentation de la mucinase ;* B) *de la diminution relative et simultanée de la secrétion biliaire, au moins au point de vue de son pouvoir anti-coagulant, qui permet la mise en valeur de la mucinase secrétée par les cellules épithéliales de l'intestin.*

De là à traiter la colite en en traitant la cause connue, c'est-à-dire l'hyposécrétion hépatique il n'y avait qu'un pas. Aussi avons-nous essayé de traiter de cette façon la colite muco-membraneuse. C'est ce mode de traitement qui fera l'objet des prochains chapitres.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Colites expérimentales

Avant tout essai thérapeutique il nous a paru nécessaire d'expérimenter sur des animaux. Nous nous sommes adressés à des lapins que nous avons traités par des procédés de M. le professeur Roger.

A une première série nous avons injecté par la veine marginale une solution d'oxalate. Et des 4 lapins ainsi traités 2 seulement ont reçu les injections anales d'extrait biliaire, les 2 autres devaient servir de témoins. Tous les 4 48 heures environ après avoir subi cette injection intraveineuse, évacuaient par l'anus du mucus concreté ou non en quantité plus ou moins grande et leurs crottes étaient entourées de mucus et de petites membranes.

Les 4 lapins recevaient la même nourriture. 2 jours après que la secrétion muqueuse fut établie, 2 d'entre eux reçurent une première injection d'extrait biliaire.

5 centimètres cubes d'une solution contenant 3 grammes d'extrait biliaire pour 50 centimètres cubes d'eau furent injectés au moyen d'une petite sonde molle en caoutchouc rouge enfoncée d'environ 15 à 20 centimètres à travers l'anus.

3 jours de suite la même opération fut répétée chez les 2 sujets expériences et au bout de ce temps ils n'expulsèrent plus que des matières normales non entourées de muco-membranes.

Les 2 témoins au contraire évacuaient toujours du mucus et des muco-membranes.

L'expérience pour cette série ne fut pas poussée plus loin par suite de circonstances indépendantes de notre volonté et en dehors de tout accident expérimental. Il eut été utile en effet de voir si le résultat pouvait se maintenir d'une façon durable ou au contraire si une rechute se produirait dans un temps plus ou moins rapproché.

Aussi avons-nous entrepris une autre série d'expériences et voici comment nous avons procédé.

Le 5 décembre nous faisons ingurgiter à un lapin trois billes de bicyclette, deux de 4 millimètres de diamètre et une de 7 millimètres.

Concurremment, nous lui injectons dans le rectum 4 centimètres cubes d'extrait aqueux de matières provenant de colite muco-membraneuse. Cet extrait avait été laissé 36 heures à l'étuve à 38°.

Le 6 décembre, injection de 4 centimètres cubes du même extrait.

Le 7 décembre, le lapin rend des matières très molles, presque liquides, et on lui trouve à l'anus un gros flocon d'une substance glaireuse. L'examen microscopique, sa réaction au triacide ont révélé sans conteste sa nature muqueuse.

Le 8 décembre, injection intra-rectale de 4 centimètres cubes d'extrait biliaire préparé comme précédemment.

Ce même jour, 6 heures après l'injection, le lapin expulse quelques petites crottes molles avec mucus et muco-membranes au pourtour.

Le 9 décembre, le lapin rend quelques crottes, petites, bien moulées, plus dures que la veille et sans muco-membranes.

Mais ces résultats étaient loin d'être décisifs. Trop peu de temps s'était écoulé entre l'apparition de la mucine et le début du traitement.

Aussi le 10 décembre, faisons-nous absorber au lapin deux nouvelles billes et lui injectons-nous 3 centimètres cubes du même extrait aqueux.

Le 11 décembre, le lapin rendait à nouveau des crottes molles et couvertes de mucus en état de concrétion plus ou moins avancée suivant les points examinés.

De ce jour jusqu'au 23, les selles présentèrent le même aspect : crottes très molles avec mucus et fausses membranes. L'affection semblait nettement constituée. Ce jour là et le lendemain il reçut une injection d'extrait biliaire, et à partir du 26, les selles étaient normales. Ce résultat se maintint jusqu'au 15 janvier.

A cette époque, l'animal sacrifié ne présentait rien d'anormal.

Deuxième expérience. Un deuxième lapin, le 8 décembre, reçoit une injection de 4 centimètres cubes d'extrait aqueux de matières provenant de colite muco-membraneuse après 48 heures d'étuve à 38°. Le même jour il doit ingurgiter deux billes de bicyclettes de 6 millimètres de diamètre.

Le 9 décembre, deuxième injection. Rien encore d'anormal dans les selles.

Le 10 décembre, troisième injection. Crottes molles et couvertes de mucus et de fausses membranes.

Le 11 décembre, les crottes étaient encore plus molles et les muco-membranes plus abondantes.

Les sécrétions se maintenaient le 21 décembre. Le lapin de *1.640 grammes* au début de l'expérience, avait diminué et pesait seulement 1.370 grammes.

Le 22, le 23, le 24, il reçoit une injection de 5 centimètres cubes d'extrait biliaire. Dès le 26, il évacuait des crottes normales.

Sacrifié le 15 janvier, il pesait 1.800 grammes et ne présentait rien d'anormal.

Troisième expérience. Un troisième lapin traité de la même façon que le précédent présente les mêmes phénomènes réactionnels qu'il nous semblerait oiseux de reproduire une troisième fois.

Ainsi donc, expérimentalement, l'extrait biliaire semblait bien avoir les mêmes effets que ceux que nous avons déjà enregistrés *in vitro* ou dans nos recherches sur la mucinase dans les matières fécales, c'est-à-dire la neutrailsation de la mucinase.

Dans la deuxième partie de notre travail, il nous reste à étudier le mode de traitement que nous avons employé chez l'homme, à décrire les cas observés et les conclusions qu'on en peut déduire. Cependant, il nous paraît utile d'insister auparavant sur un point spécial du diagnostic, je

veux parler de l'examen des fèces, de son utilité, je dirai même plus, de sa nécessité, pour établir un diagnostic ferme et traiter à coup sûr des colites muco-membraneuses et uniquement des colites.

CHAPITRE II

De la valeur de l'examen des fèces.

En général, l'examen d'un malade atteint d'entérite est insuffisant et de même que l'on se contente de quelques questions sur les symptômes subjectifs et en particulier sur la nature et la violence des douleurs abdominales. de même on se borne à quelques renseignements plus ou moins vagues sur la nature des fèces. Et l'on s'en tient à quelques questions sur l'abondance plus ou moins grande des matières, leur consistance. et la présence ou l'absence de mucosités très apparentes. Un tel examen est absolument insuffisant, et il ne faut pas se contenter d'appréciations aussi vagues : on ne peut arriver à un diagnostic et par suite à un traitement rationnel. L'examen des fèces est très important par les renseignements qu'il apporte et les éléments de diagnostic dont il est la source. Et il paraît indispensable d'être renseigné exactement sur la quantité et la qualité du mucus excrété.

Et nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rappeler ici le travail si intéressant sur ce sujet. de MM. Jean-Ch. Roux et A. Riva.

Technique d'examen.

Il est inutile, pour cette recherche, de soumettre le malade à un régime spécial, il est préférable de le laisser à son alimentation habituelle.

Il est cependant nécessaire de connaître la durée de la traversée digestive et pour cela de faire prendre au malade trois cachets de charbon de 50 centigrammes, un avant, un pendant et un après le repas, puis de noter le jour et l'heure où les matières deviennent noires. Cette précaution prise on passe à l'examen des selles.

On note d'abord l'aspect extérieur des selles, leur consistance, leur forme ; on voit s'il existe des masses abondantes de mucus plus ou moins concrétées, appliquées à la surface comme cela se présente dans la colite muco-membraneuse, ou si au contraire ces productions ne sont point apparentes extérieurement. Mais *dans la colite muco-membraneuse* c'est l'*examen en bloc* des fèces qui est le plus important, celui sur lequel il faut porter toute son attention. L'examen après *dilution* est *secondaire*.

Ensuite on prélève dans les fèces à examiner, un échantillon de la grosseur d'une noix environ, que l'on délaie dans un verre à expérience, à l'aide d'une baguette de verre, avec une quantité d'eau suffisante pour obtenir un liquide très fluide.

Ce liquide est ensuite versé sur une cuvette de photographe à fond blanc ou noir.

Le mucus se présente alors sous deux aspects différents que l'on distingue nettement dans ces conditions.

1° Ce sont de petits flocons transparents, de dimensions variables, de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Ils sont visqueux, faciles à étirer. C'est le mucus hyalin.

A côté de ce mucus, on trouve des grains gros comme une tête d'épingle, légèrement saillants, transparents mais *non filants ;* ce sont des débris d'aliments amylacés qu'il faut bien différencier du mucus hyalin.

2° Il est bien évident qu'entre le mucus hyalin et le mucus coagulé, il existe toutes sortes d'intermédiaires que l'on rencontre au cours de l'examen. Ce sont toutes ces formations caractérisées par une coagulation plus ou moins avancée, dont l'aspect est caractéristique sous forme de masses filamenteuses blanchâtres, de membranes, en un mot, qui forment cette deuxième catégorie de mucus que l'on peut rencontrer dans les fèces. D'habitude les deux se rencontrent concurremment.

Valeur séméiologique du mucus.

Quand on examine les fèces provenant d'individus atteints d'entérite, *et nous le répétons l'examen en bloc doit être considéré comme très important,* on trouve ou on ne trouve pas de mucus. Dans quels cas fait-il défaut, ou au contraire dans quelles affections doit-on le rencontrer.

A. Les selles à examiner sont diarrhéiques.

1° Il n'y a pas de mucus.

On peut avoir affaire soit :

a) A une diarrhée nerveuse où sa présence fait souvent défaut.

b) A une diarrhée dyspeptique liée à l'insuffisance de l'estomac où la plupart du temps il fait également défaut.

c) A un cas de dysenterie des pays chauds *très grave*. Dans ce cas, Nothnagel pense que l'absence de mucus est l'indice d'une atrophie totale de la muqueuse et comporte par suite un pronostic très grave.

d) A une diarrhée liée aux ulcérations intestinales sans inflammation superficielle de l'intestin.

2° **Il y a du mucus.**

α) Hyalin, — Il est difficile le plus souvent d'en diagnostiquer l'origine. Contrairement à l'opinion de A. Schmidt, MM. Roux et Riva ont prouvé expérimentalement « que le mucus de l'intestin grêle peut parfaitement passer dans les selles, que ce mucus peut ne pas différer du mucus du gros intestin. Il se présente sous forme de mucus hyalin, intimement mêlé aux fèces. »

« Pourtant si la traversée du gros intestin est rapide, le mucus qui provient de l'intestin grêle reste coloré par la bile en vert ou en jaune. »

Pour Boas, si l'eau qui a servi à pratiquer un lavage de l'intestin s'écoule riche en mucus, c'est que le gros intestin est intéressé.

On voit donc qu'il est assez difficile de diagnostiquer de quel segment intestinal provient le mucus. Quoi qu'il en soit, ce mucus ne se rencontre guère que dans la dysenterie des pays chauds, et *les crises aiguës de colite muco-membraneuse*. Les cas de diarrhée nerveuse ou dyspeptique avec mucus sont assez rares.

Les commémoratifs, les autres symptômes aideront au diagnostic.

β) Mucus hyalin et membranes.

Cette variété de diarrhée, accompagnée de mucus et de fausses membranes, a été signalée pour la première fois par MM. J.-Ch. Roux et Riva. Ce sont, en réalité, de fausses diarrhées. Ce sont des malades atteints de constipation chronique qui présentent tous les deux jours ou tous les jours des débâcles diarrhéiques.

Et chez ces malades, ces auteurs ont démontré que souvent les fèces contenaient des scybales et que dans tous les cas la traversée digestive était toujours retardée.

C'est là une forme de colite spéciale qu'il faut bien connaître, et qui, au fond, diffère très peu de la colite avec constipation, puisque sous les apparences de la diarrhée elle est cependant caractérisée par un ralentissement dans la traversée digestive.

B. — Les selles sont, au contraire, d'une consistance dure, soit en boudins, soit en scybales. En un mot, ce sont des selles de constipés.

1° **Il n'y a pas de mucus.**

Nous avons affaire à une constipation simple atonique ou spasmodique, dont les signes cliniques permettent la différenciation.

2° **Il y a du mucus.**

On peut admettre que le mucus dans les cas de *constipation* avec mucus et fausses membranes provient du gros intestin. Le séjour des matières dans le côlon est suffisant pous dissoudre le mucus provenant de l'intestin grêle.

α) Le mucus et les membranes peuvent être émis en masses indépendantes des fèces. Nothnagel a établi que ce symptôme était caractéristique *d'une colite prédominant sur la région inférieure du gros intestin.*

β) Le mucus hyalin et coagulé est, au contraire, en petites masses, intimement mêlé aux matières.

Dans ce cas il provient de la partie supérieure du gros intestin.

Tels sont les renseignements donnés par l'examen du mucus. Mais si cet examen est nécessaire pour établir le diagnostic, il n'est pas moins important de le répéter autant qu'il le faudra au cours de l'affection, si l'on en veut suivre l'évolution. En effet, la diminution et la disparition du mucus et des fausses membranes marquent nettement l'amélioration et la guérison, de même que leur plus grande abondance sera un signe certain d'aggravation ou de rechute.

Aussi ces examens répétés sont-ils le guide le plus sûr dans la direction du traitement.

Et ce sera un moyen de plus pour faire le diagnostic si difficile parfois entre l'appendicite et l'entéro-colite muco-membraneuse. Et l'erreur peut être faite dans les deux sens : tantôt en effet, on diagnostique colite, alors qu'il s'agit d'une appendicite avec phénomènes d'atonie intestinale consécutifs, tantôt on croit à une appendicite qui n'existe pas. (Ce diagnostic se pose dans les cas d'appendicite simple sans tuméfaction).

Enfin, il faut bien savoir que les deux ordres de faits coïncident souvent, et que l'opération est loin de guérir toujours les malades des symptômes de colite.

« La colite muco-membraneuse, dit M. Talamon, fait *partie presque nécessaire* du syndrome de l'appendicite chronique à rechute. » Et il conclut de ses observations et de sa statistique, que dans *près d'un tiers des cas* il y a association des deux ordres de symptômes intestinaux et appendiculaires. Et si, dans un certain nombre de cas, il n'est pas facile de préciser si cette colite est antérieure ou postérieure à la première attaque d'appendicite, dans beaucoup de cas, au contraire, on retrouve l'existence d'une colite dans les antécédents du sujet, parfois de longues années avant l'apparition de la première attaque appendiculaire. L'appendicite semble n'être qu'une *complication infectieuse* au cours de la colite.

Aussi importe-t-il de bien dissocier les deux ordres de symptômes, de façon à pouvoir, dans les cas de coïncidence, faire la part de l'un et de l'autre, car il faut bien savoir que la résection de l'appendice ne fait pas toujours disparaître les symptômes liés à la colite chronique. Aussi, croyons-nous nécessaire l'examen des fèces qui peut, dans les cas où la différenciation est difficile, soit qu'il s'agisse d'un diagnostic épineux entre l'appendicite et la colite, soit qu'il s'agisse de déterminer la part qui revient à chaque affection dans les cas de coïncidence, peut, dis-je, rendre les plus grands services. Ainsi donc, nous avons là un moyen précieux d'assurer notre diagnostic. Aussi, n'avons-nous jamais négligé cet examen dans aucun des cas que nous avons eu à soigner, ainsi qu'on pourra le voir, en lisant les observations que nous publions au cours de ce travail.

Nous y avons mis surtout les observations qui corres-

pondent aux phases d'essai, c'est-à-dire celles où la technique n'était point fixée. Aussi y trouvera-t-on de nombreuses divergences dans ce traitement, car ce n'est qu'après ces essais que nous avons pu nous arrêter à une technique fixe que nous publions plus loin à la suite des observations.

Observation I

Mme L..., ménagère, 33 ans. *Poids, 51 kgr. 70.*

Vient à la consultation le 26 octobre 1905, se plaignant de souffrir de l'estomac depuis six ans.

Malade nerveuse qui présente un syndrome neurasthénique caractéristique (céphalée fréquente, douleurs lombaires, cauchemars, insomnies). De plus, son passé génital est assez chargé. Depuis sept ans elle est atteinte d'une métrite douloureuse, suite d'un premier accouchement. Deux fausses couches de deux à trois mois ont suivi l'année suivante à l'intervalle de cinq mois environ.

Cette malade, qui, depuis six ans, se plaignait de douleurs de torsion à l'estomac, sans horaire fixe de *constipation*, de renvois assez fréquents, pas assez cependant pour permettre d'affirmer l'aérophagie, a vu depuis cinq mois ses douleurs augmenter d'intensité, et se présente à l'hôpital sans avoir suivi de traitement.

Le matin à jeun, elle éprouve quelques malaises calmés par l'ingestion des aliments.

Elle déjeune sans appétit et commence un quart d'heure après à se plaindre de pesanteur, de douleur avec *picotements* au creux épigastrique, de brûlures retentissant dans le dos. Ce malaise dure un temps variable de une à trois heures pour reprendre après le dîner avec les mêmes caractères.

En outre des douleurs vagues dans tout l'abdomen avec prédominance à gauche, une constipation opiniâtre s'accompagnant du rejet de muco-membranes abondantes, viennent aggraver l'état de la malade.

A l'examen, on trouve un ventre mou et flasque.

Le rein droit est descendu et mobile.

Le foie mesure 8 centimètres.

L'estomac descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, l'espace de Traubé est peu étendu. Pas de clapotage ni de flot à jeun.

L'S iliaque est douloureuse. Corde, colique.

L'examen des fèces fait le surlendemain après le repas d'épreuve de Schmidt nous révèle seulement : Quelques fibres musculaires ayant subi déjà l'action de la digestion ;

Du mucus sous différentes formes :

En membranes de trois à quatre centimètres autour des scybales, en gros flocons autour des matières et en petits grains à l'intérieur, colorés en jaune.

Quand nous aurons ajouté que le poids des fèces était de 40 grammes environ, se composait de scybales de la grosseur d'une noix, nous aurons tous les renseignements que nous a fournis cet examen.

La malade fut mise au lait, aux potages au lait et aux œufs. Elle devait prendre comme purgatif de l'huile de ricin par cuillérées a cafée alternant avec le laxatif suivant :

Crème de tartre
Soufre sublimé lavé } ââ 20 grammes.
Magnésie calcinée française

La malade revient le 16 novembre 1905, les douleurs de l'estomac sont sensiblement calmées, mais la colite n'a guère subi de modifications, la constipation dure toujours avec muco-membranes.

Le 21 novembre 1905, l'état est toujours stationnaire jusqu'au 16 décembre où la malade nous est confiée, pesant alors 51 kgr. 800.

La malade est mise au régime numéro 3.

Le 16. Première injection gardée deux heures et demie, rendue avec des muco-membranes en quantité.

Le 17. Selle avec scybales, peu abondante avec muco-membranes nombreuses.

Le 18. Deuxième injection rendue un quart d'heure après, avec une grande quantité de grosses membranes (5 à 6 cuillerées à soupe).

La malade qui souffre de sa métrite est mise au repos au lit et revient.

Le 25. Troisième injection rendue deux heures et quart après, avec beaucoup de mucus et peu de membranes. Un lavement à l'eau de guimauve qui suivit immédiatement ramena du mucus et des membranes en quantité (3 cuillérées à soupe environ).

Deux selles du 25 au 26 à midi, et pour la première fois, sommeil sans cauchemars ni réveil.

Le 26. Quatrième injection rendue deux heures après, sans membranes, mais avec beaucoup de mucus comme dans le lavement à la guimauve consécutif.

La nuit du 26 au 27 a été moins bonne que la précédente.

Le 27. A 11 heures et demie, selle moulée naturelle sans muco-membranes.

Cinquième injection rendue 2 heures et quart après sans fausses membranes mais avec une cuillerée à soupe de mucus non concrété environ. Nuit calme.

Le 28. A 11 heures et demie, selle peu abondante *sans muco-membranes* de consistance molle et moulée.

Sixième injection rendue 2 heures après avec du mucus non coagulé.

Du 28 décembre 1905 au 9 janvier 1906. La malade a été à la selle tous les jours, selles moulées, pas de scybales, ni mucus ni fausses membranes.

D'autre part les douleurs de l'estomac semblent à peu près calmées, celles de l'intestin ont disparu.

Le 13 janvier 1906. La malade revient. Depuis deux à trois jours, l'estomac est de nouveau douloureux, le creux épigastrique sensible à la pression ainsi que le côlon descendant.

Elle souffre de sa métrite. Il faut noter que les fausses membranes n'ont pas réapparu.

Septième injection rendue avec selle abondante et un peu de mucus deux heures après.

A ce moment nous conseillons à la malade de faire soigner sa métrite par un spécialiste.

Le 30. Elle revient, beaucoup améliorée du côté génital, elle a été à la selle tous les jours régulièrement sans mucus ni fausses membranes, ses digestions sont beaucoup moins pénibles, et ne s'accusent que par un léger malaise.

Une dernière injection est faite à la malade.

Elle est revenue le 7 février, le 13, le 26 mars, déclare se sentir très bien et pèse *54 kgr. 600* ayant augmenté par conséquent de 2 kgr. 900. Le creux épigastrique et l'intestin restent indolores. Les selles sont toujours régulières. Le 20 mai, l'état de santé de la malade restait aussi satisfaisant.

Observation II

Mme S..., concierge, 38 ans. Poids : 65 kilogs. Se présente à la consultation le 21 novembre 1905 pour maux d'estomac.

La malade est une femme très nerveuse, émotive, aux crises de larmes fréquentes, très suggestionnable. Elle a fréquemment la sensation de boule épigastrique, d'étouffements concomitants. On trouve chez elle un syndrome neurasthénique complet (céphalée, cauchemars, insomnies, douleurs lombaires, etc., etc.)

Son passé pathologique est peu chargé. Ce fut un gros bébé. Elle a eu des amygdalites à répétition depuis l'âge de 7 ans.

Réglée à l'âge de 15 ans, elle le fut toujours régulièrement jusqu'à ces derniers temps, où ses règles furent un peu irrégulières. Elles avaient été douloureuses jusqu'à son mariage.

Entre 18 et 20 ans, elle atteignit son poids maximum de 145 livres.

A 20 ans, elle fait en mars *une typhoïde* dont la convalescence fut difficile et longue. Elle n'est définitivement remise qu'en septembre et revient au même poids qu'avant sa fièvre.

A 25 ans, elle fait une attaque de rhumatisme avec sciatique double qui la tient au lit de mai à septembre inclusivement.

Mariée à 29 ans, elle fait une pleurésie sèche à 30 ans, et accouche deux ans après normalement et sans suites fâcheuses autres qu'une petite déchirure du périnée facilement guérie.

Si depuis treize ans déjà ses digestions étaient capricieuses, ce n'est guère que depuis quatre ans à la suite de chagrins, qu'elles lui sont devenues pénibles d'une façon presque continue. Pesanteurs et gonflements étaient la règle après les repas.

C'est sur cet état qu'est venu au mois d'avril dernier se greffer une période d'inanition, à la suite de la mort de son enfant. La malade sans appétit mange à peine depuis cette époque et pèse seulement 64 kgr. 500.

A cet état de l'estomac s'ajoute une constipation opiniâtre. Si, depuis l'âge de 25 ans, elle fut constipée, son état s'est, depuis le mois de juin, singulièrement aggravé. Depuis cette époque, elle souffre de coliques fréquentes, évacue des mucomembranes en grande quantité et ne va à la selle qu'avec des lavements et des laxatifs.

Soignée par plusieurs médecins sans résultats, elle se décide à venir à l'hôpital, en novembre dernier, et voici ce que l'examen nous a révélé.

C'est une dyspepsie sensitivo-motrice caractéristique. L'estomac, distendu, descend à l'ombilic sans clapotage ni flot à jeun. L'espace de Traube est mat.

Le ventre est mou, peu élastique. Le cœcum est distendu, gargouillant, la fosse iliaque gauche est sensible. Le rein droit est descendu au premier degré. *Le foie, petit, est de 6 à 7 centimètres.*

L'examen des selles nous montre (après le repas de Schmidt)

seulement des matières en scybales, sans autres produits anormaux que des fausses membranes en assez grande quantité (2 cuillerées à soupe environ) enrobant les scybales et du mucus en quantité à peu près égale en gros flocons autour des matières, en petits grains à l'intérieur.

La malade est mise au lait, potages au lait et aux œufs, à la codéine et aux lavements.

Et le 16 décembre, quand nous avons commencé à la traiter, son état n'avait pas subi de modification appréciable.

Dès ce jour, elle est mise au régime n° 3 et prend sa première injection, qu'elle évacue trente-cinq minutes après avec 4 à 5 cuillerées à soupe de grosses membranes et quelque peu de matières molles et rubannées.

Le 17. A pris un lavement qu'elle a rendu avec des matières composées de nombreuses scybales enrobées de fausses membranes.

Le 18. Deuxième injection, qu'elle rend deux heures après avec quelques matières pâteuses, du mucus et des fausses membranes.

Ce jour-là, le matin, avant son injection, elle a souffert de coliques violentes localisées dans la fosse iliaque gauche.

Le 19. Troisième injection, rendue cinq heures après avec beaucoup de muco-membranes. Dans la nuit, la malade a ses règles.

Le 20. La malade a pris, le matin, un lavement de guimauve et les matières qu'elle a rendues ne contenaient que *quelques flocons de mucus*.

A l'examen, ce jour-là, on trouve un estomac toujours distendu avec un léger clapotage une heure et demie après le déjeuner.

Mais l'intestin n'est plus douloureux, le côlon descendant et le cœcum sont mous. Enfin, la malade a dormi toute la nuit. Une quatrième injection, faite ce jour-là, est rendue quatre heures après avec peu de mucus et de fausses membranes (une petite cuillerée à soupe).

La nuit du 20 au 21 a été bonne et le matin du 21, la malade a eu une selle pâteuse sans muco-membranes. L'intestin reste indolore.

Le 21. Selle semblable à celle de la veille.

Le 22. Selle pâteuse abondante avec un peu de mucus en petits grains à l'intérieur des boudins. La malade affirme avoir beaucoup plus d'appétit et ne plus souffrir de l'estomac.

Le 23, à 5 heures du soir. Cinquième injection, qu'elle n'évacue que le lendemain, 24, au matin, avec une petite selle normale. Le soir, deuxième selle. cette fois plus abondante, toujours sans mucus ni fausses membranes. Le cœcum et l'S iliaque sont indolores. La malade dit se sentir bien.

Du 26 décembre 1905 au 2 janvier. La malade n'a éprouvé aucun malaise du côté intestinal. Toujours un peu de flatulence stomacale.

Le 3 et le 4 janvier. Pas de selles.

Le 5. Selle abondante obtenue avec un lavement à la guimauve et sans muco-membranes.

Le 6. Selle moulée spontanée normale.

7 et 8. Selle normale.

Le 9 et le 10. Pas de selle, quelques troubles gastriques nerveux.

Du 10 au 15. Selles régulières sans mucus ni membranes. Quelques coliques sourdes durant une demi-heure après le repas de midi. La malade pèse 67 kgr. 500, ayant augmenté de 2 kgr. 1/2.

Du 15 au 25. A été à la selle régulièrement, à part une journée, sans scybales ni mucus, ni fausses membranes. Les douleurs de l'estomac sont fortement amoindries, encore parfois quelques sensations de brûlure.

Fait à ce moment un rhume assez sérieux dont elle est guérie facilement sans aucun trouble digestif nouveau.

A partir du 5 février, son état général a continué à aller en s'améliorant. les selles sont moulées et régulières, l'appétit est bon. De temps en temps encore. quelques malaises gastriques

viennent seuls rappeler la malade à l'observation du régime.

Le 23 février. Elle pèse 68 kilogrammes, pesant par conséquent 6 kilogrammes de plus qu'au début du traitement.

Le 26 avril. Elle pèse 69 kgr. 200.

Le 20 mai. Elle pèse *71 kilogrammes*, et c'est à peine si la malade dit ressentir parfois quelques troubles digestifs légers après une émotion ou une contrariété.

Observation III

Mme G..., ménagère, 34 ans. Poids : 52 kgr. 300.

Vient consulter, une première fois, le 4 novembre 1904, pour une crise de diarrhée avec coliques violentes et rejet de mucus et de fausses membranes abondantes.

Cette malade présente un syndrome neurasthénique atténué. Emotive, elle a des céphalées assez fréquentes et de la fatigue matinale.

Son histoire est dominée par ce fait qu'elle est constipée depuis son enfance.

Trois couches, à 18, 20 et 24 ans, n'ont eu aucune suite fâcheuse.

A 19 ans, elle eut une fièvre accompagnée de diarrhée (4 à 5 selles au minimum par 24 heures), vraisemblablement une *typhoïde*, qui la tint vingt-sept jours à l'hôpital.

En 1892, entre à Lariboisière pour douleurs violentes dans le ventre, constipation, ballonnement. Depuis, son ventre est resté sensible avec exacerbations plus ou moins éloignées. La constipation continue, entrecoupée de débâcles plus ou moins abondantes, qui se sont rapprochées de plus en plus depuis quinze mois, et c'est à la suite d'une de ces crises que la malade vient consulter.

L'examen révèle un estomac distendu, clapotant jusqu'à

l'ombilic sans douleurs spontanées actuellement et sensibilité épigastrique légère à la pression.

Le rein droit est flottant, *le foie de 7 centimètres*. L'S iliaque est doloureuse à la pression, ainsi que la région péri-ombilicale.

La malade est mise au régime n° 3 et doit porter une sangle de Glenard.

L'examen des fèces, à part la présence du mucus et des fausses membranes, est négatif sur tous les autres points.

Mise aux viandes grillées, aux purées, à l'eau chloroformée, aux lavements d'huile et aux laxatifs, la malade reste un an sans revenir à la consultation, où elle se présente le 4 décembre 1905 et nous est confiée. Elle pèse alors 52 kilogrammes et présente les mêmes symptômes.

Le 4 décembre. Première injection rendue vingt minutes après avec 7 à 8 cuillerées à soupe de mucus et de fausses membranes très épaisses.

Le 5. Sans nous consulter la malade se purge, et obtient une selle abondante.

Le 6. Deuxième injection rendue vingt minutes après avec beaucoup de mucus et de fausses membranes.

Le 7. Petite selle avec muco-membranes.

Le 8. Le ventre de la malade qui était auparavant ballonné est assez souple. Elle souffre moins de l'estomac et son S iliaque est moins sensible.

Une troisième injection, après un lavement ramène du mucus et des fausses membranes.

Le 9. Quatrième injection qu'elle rend avec 6 à 7 cuillerées à soupe de mucus et de fausses membranes.

Le 10. Cinquième injection qu'elle rend avec 6 à 7 cuillerées à soupe de mucus et de fausses membranes.

Le 12. Sixième injection, cinq heures après, un lavement de guimauve consécutif n'a ramené qu'un peu de mucus ; elle n'a pas eu de selle spontanée depuis le 7.

Le 13. Septième injection qu'elle rend cinq heures après avec

quelques matières rubannées et 4 à 5 cuillerées à soupe de mucus et de fausses membranes. Le seul changement notable dans son état est, jusqu'à ce jour, l'absence de douleur.

Le 14. Pas de selle.

Le 15. Huitième injection rendue six heures après avec beaucoup de mucus non coagulé.

A la suite d'un lavement d'huile pris la veille elle a à 7 heures du matin une selle très abondante. moulée avec une cuillerée à soupe environ de fausses membranes.

Le 16. Neuvième injection rendue six heures après avec un peu de mucus non coagulé, une cuillerée et demie à soupe environ.

Le 17. A midi petite selle spontanée avec un peu de mucus non coagulé.

Dixième injection qu'elle rend trois heures après avec un peu de mucus non coagulé.

L'appétit est bon, le ventre est indolore, l'estomac clapote toujours.

Le 18. Selle normale spontanée peu abondante cependant, bien moulée sans muco-membranes. Plus de douleurs abdominales, l'estomac clapote toujours.

Du 18 au 27. Selles normales tous les jours.

Le 27 et le 28. Pas de selle.

Le 29. Petite selle normale.

Onzième injection, rendu trois heures après avec un peu de mucus et sans matières.

Le 30. Selle normale.

Le 31. Pas de selle. On fait à la malade un peu de massage.

Jusqu'au 7 janvier, selle quotidienne moulée, mais chaque fois une ou deux membranes de 2 centimètres environ.

Le 7 janvier. Douzième injection.

Le 9. Une grosse membrane.

Les 10, 11, 12. Selle moulée sans mucus.

Le 12. La malade disait se sentir très bien, une treizième injection n'a pas été rendue.

Le 13. Selle normale.

Du 14 au 18. Selle quotidienne avec une ou deux fausses membranes seulement.

Le 19. Selle normale. Quatorzième injection rendue trois heures après.

Du 19 au 26. Selle quotidienne, mais dure, avec toujours une à deux fausses membranes. pourtant la malade se sent bien et a augmenté de 1500 grammes. On lui donne alors 12 pilules d'extrait de bile à prendre par 4 par 24 heures.

Jusqu'au 16 février, son état général continue à s'améliorer elle pèse 54 kgr. 300, en augmention de 2 kgr. 300 sur son poids initial. Ses selles pourtant sont toujours un peu dures, un jour sur quatre elle ne va pas à la selle.

Le 21. On lui fait prendre encore 12 pilules et on lui fait une quinzième injection. Depuis et jusqu'au 16 mars, la malade a eu une selle régulière, son poids à ce jour était de 55 kilogrammes, les digestions sont bonnes, l'estomac ne clapote plus, le ventre n'est pas douloureux spontanément ni sensible à la pression.

Le 2 avril. L'état général se maintient aussi satisfaisant, le poids atteint *55 kgr. 500.*

Le 28 du même mois. La malade vient une dernière fois à la consultation et son état est toujours aussi satisfaisant.

Observation IV

Mme M..., couturière, 42 ans. Poids : 62 kilogrammes.

Se présente à la consultation le 9 janvier 1906, se plaignant de souffrir de l'intestin depuis trois mois.

Le passé de la malade est assez simple, *la typhoïde* à l'âge de 9 ans. et une endométrite qui dure depuis longtemps dont elle souffre encore. La malade ne présente pas de signes de neurasthénie.

L'affection a débuté il y a trois mois, de la façon suivante. Sans causes apparentes, la malade s'est mise à évacuer en cinq à six selles quotidiennes une grande quantité de mucus non coagulé en gros flocons et de fausses membranes. Ces phénomènes durèrent aussi intenses pendant quatre jours sans être accompagnés d'autres phénomènes douloureux qu'une petite colique précèdent chaque selle.

Dès ce moment la malade est mise au lait, aux potages au lait, aux œufs, aux purées.

Et pendant un mois la malade va avoir 2 à 3 selles par jour tantôt simplement pâteuses, tantôt mélangées de scybales, mais contenant toujours du mucus ou des fausses-membranes nombreuses et longues de 4 à 5 centimètres en moyenne.

A partir de ce moment, constipée d'une façon opiniâtre, elle se met à prendre des lavements au borate de soude, deux litres et quelquefois quatre d'une seule fois avec un injecteur inconsciemment placé à 2 mètres 2 m. 50 au-dessus du sol. Ces lavements aussi inconsidérés contribuèrent pour leur part à aggraver les douleurs de la patiente.

En même temps elle a commencé dès cette époque à ressentir du côté de l'estomac quelques troubles dont la malade se plaint encore actuellement. Ce sont des pesanteurs immédiatement après le repas, de la rougeur de la face, une sensation de faim impérieuse une heure après avoir mangé.

A l'état actuel, cette constipation installée il y a deux mois n'a pas rétrocédé ; la malade ne va qu'avec des lavements, et ses matières sont un mélange de scybales et de muco-membranes.

L'examen des fèces d'après la méthode de A. Schmidt ne nous a rien appris de nouveau.

L'état général de la malade s'est ressenti de cette période de souffrance et son amaigrissement atteint 6 kilogrammes quand elle vient à la consultation.

Si on examine la malade, on lui trouve un ventre rénitent à la paroi cellulo-adipeuse épaisse. L'S iliaque est molle et

aplatie, le cœcum impalpable quoique la percussion en révèle la dilatation.

Le rein droit est légèrement abaissé.

Le foie petit mesure 6 à 7 centimètres de matité et arrive à deux travers de doigt au-*dessus* des fausses côtes.

L'estomac sans clapotage, ni flot, ni sensibilité, avec un espace de Traube petit et peu sonore, atteint l'ombilic.

La malade est mise au régime n° 3 et prend :

Le 9 janvier. Une première injection qu'elle rend deux heures après avec une grande décharge de mucus et de fausses membranes.

Le 10. Deuxième injection rendue un quart d'heure après avec beaucoup de mucus et de fausses membranes.

Ce jour-là, elle a une selle moulée avec peu de mucus et de fausses membranes.

Le 11. Troisième injection rendue deux heures après avec les mêmes caractères que la première.

Dans la nuit et toute la matinée du 12, elle a eu des coliques assez violentes calmées par l'application de serviettes chaudes.

Le 12. Quatrième injection qu'elle rend deux heures après avec beaucoup de mucus sans fausses membranes.

Le 13. Les matières rendues contiennent encore beaucoup de mucus de couleur brunâtre assez foncée, sans sang cependant. (La réaction de Weber était négative).

Du 14 au 18. Ses selles furent régulières, moulées et sans mucus, sauf le 18 où elle eut quelques flocons de mucus non coagulé mélangé aux matières.

Une cinquième injection est faite à la malade.

Du 18 janvier au 5 février. Selles régulières ; la malade a augmenté de 4 kilogrammes.

Elle se plaint d'un peu de douleur de la fosse iliaque droite et on lui fait prendre 6 pilules d'extrait de bile.

Le 14 mars. Elle pèse 700 grammes de plus, et par conséquent 66 kgr. 700, et depuis n'a plus souffert jusqu'à ce jour.

Observation V

M. L..., 29 ans, boucher. Poids : 65 kilogrammes.

Se présente à la consultation le 30 janvier, disant souffrir de l'intestin.

C'est un homme vigoureux, sans passé pathologique appréciable.

Pourtant c'est un gros mangeur de viande, constipé de temps en temps, très légèrement éthylique.

En résumé, bien portant, il n'a commencé à souffrir qu'il y a quatre ans.

Ce sont les phénomènes gastriques qui ont ouvert la scène. C'étaient, d'une façon presque constante, des pesanteurs, des malaises indéfinissables une heure après les repas, suivis, tous les deux jours environ, de vomissements alimentaires, véritables régurgitations qui faisaient rendre au malade cinq à six fois la valeur d'autant de cuillerées à soupe.

Ces phénomènes durèrent environ trois mois, et c'est alors qu'il se mit à souffrir du ventre. Constipation assez opiniâtre, selles tous les deux jours avec des crises de débacles pseudo-diarrhéiques avec scybales, mucus et fausses membranes en quantité, accompagnés de l'émission de nombreux gaz par l'anus.

C'est dans cet état, avec alternatives de mieux et de rechutes, sans jamais une période de repos complet, que se présente le malade.

Le ventre semble pâteux, sa rénitence est amoindrie, la paroi abdominale est un peu épaisse.

L'S iliaque est légèrement contractée et douloureuse.

Le cœcum en boudin gargouillant, dévié en dedans légèrement.

Le foie atteint 10 centimètres de matité absolue.

L'estomac, distendu transversalement, arrive à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; l'espace de Traube est très

étendu et tympanique. La sensation de clapotage et de flot est nette 2 heures et demie après le déjeuner de midi, nulle à jeun.

L'examen des fèces est sans intérêt spécial. Le malade est mis au régime n° 3.

Le 31 janvier. Première injection rendue deux heures après avec 5 à 6 cuillerées de mucus et de fausses membranes mélangées.

Le 1er février. Pas de selle.

Le 2 et le 3. Deuxième et troisième injections avec résultats semblables à ceux de la première.

Avant sa troisième injection, le malade a rendu une selle spontanée, d'apparence moulée, mais avec deux cuillerées à soupe environ de mucus et de fausses membranes.

Le 4. Autre selle spontanée semblable à la précédente, avec moins de mucus et de fausses membranes cependant.

Le 5. Selle spontanée moulée avec très peu de mucus.

Quatrième injection qui ramène seulement du mucus et jusqu'au 9 le malade prendra 3 pilules d'extrait de bile par jour (12 en tout).

Il va aller à la selle tous les jours, le 9 inclus avec quelques grains de mucus seulement mélangés aux matières.

Le 10. Selle peu abondante moulée, sans rien d'anormal.

Le 11. Pas de selle.

Le 12. Selle moulée avec deux ou trois fausses membranes petites.

Cinquième injection et 12 pilules à prendre en quatre jours.

Le 13. Le malade, malgré du surmenage causé par un excès de travail, allait bien. Son estomac ne clapotait plus, son ventre était indolore et il allait régulièrement à la selle tous les jours.

Il revient le 14 mars toujours bien portant.

Le 15 mai. Il était revenu au régime habituel depuis trois semaines et ne souffrait d'aucune manière, accomplissant régulièrement ses fonctions d'ordre digestif, et il pèse actuellement 69 kilogrammes au lieu de 65 kilogrammes.

Observation VI

Mme L..., 35 ans, mécanicienne. Poids : 54 kgr. 800.

Cette malade est venue pour la première fois à l'hôpital il y a trois ans et voici son histoire, celle qui a été notée.

Sa mère était morte diabétique à 42 ans et avait toujours souffert de l'estomac.

Elle est très nerveuse, émotionnable, avec de fréquentes crises de larmes. Jamais de crises de nerfs cependant.

C'est à dix-huit ans qu'elle a commencé à souffrir de l'estomac. Malgré son bon appétit elle se plaignait de pesanteurs et de digestions pénibles.

Tout à coup la malade est prise brusquement de vives douleurs apparaissant le matin au réveil ou le soir sans rapport avec les repas.

C'était d'abord une sensation de constriction au creux épigastrique de plus en plus intense, puis la douleur s'irradiait du sein à l'épaule droite.

La crise durait deux heures environ et ne laissait à sa suite ni décoloration des matières fécales ni ictère.

Ces crises ont persisté trois mois.

Depuis lors l'estomac de la malade fut toujours capricieux. Tantôt elle digérait sans souffrance tantôt au contraire tous les quinze jours peut-être, elle éprouvait des douleurs violentes, des sensations de brûlure qui duraient une ou plusieurs heures et que la malade ne rapporte à l'ingestion d'aucun aliment en particulier.

A 22 ans, nouvelle crise semblable à la première.

A 28 ans, troisième crise.

A 32 ans, quatrième crise qui a duré cinq mois, avec les mêmes symptômes que précédemment, mais plus violents. La

crise dure parfois de 16 à 17 heures, laissant la malade complètement abattue.

Elle a eu une dizaine de crises en trois mois.

Un fait intéressant et sur lequel il est bon d'appeler l'attention est le suivant. Toujours depuis l'âge de 18 ans, la malade fut constipée dans l'intervalle des crises qui ne faisaient qu'exagérer cette constipation. Aussi a-t-elle pris nombre de purgatifs, laxatifs, lavements sans résultat appréciable puisque, à 32 ans, elle présentait encore des peaux blanches (un verre à bordeaux environ), de temps en temps du mucus non coagulé d'une façon à peu près constante avec quelque fausses membranes.

Son examen révélait alors un point cystique douloureux, une vésicule qui semblait augmenter de volume.

Le foie dépassant de un travers de doigt le rebord des fausses côtes mesurait 9 à 10 centimètres.

Le ventre dans son ensemble présentait une douleur diffuse sur le trajet du côlon, plus accentuée du côté de la fosse iliaque gauche.

Soignée à cette époque pour coliques hépatiques, elle était deux mois après très améliorée, n'avait plus de douleurs hépatiques, son foie mesurait 6 centimètres et demi, mais la constipation était toujours tenace.

C'est ainsi qu'elle alla jusqu'au 1er février 1906, où elle se présente à la consultation pensant 54 kgr. 800 et en état de crise depuis trois semaines semblables aux précécentes.

Elle présente une corde colique douloureuse, un boudin cæcal, un cæcum gargouillant et douloureux.

Un foie de 10 à 11 centimètres et une vésicule non douloureuse que l'on sent à travers la paroi abdominale peu épaissie.

Un rein droit légèrement descendu.

Le 5 février, la malade qui ne prend que du lait, des potages au lait et des œufs, apporte des selles. Ce sont des scybales enrobées de membranes.

Ce jour là, la malade qui souffre de douleurs aux deux

angles coliques reçoit une première injection rendue avec 4 à 5 cuillerées de fausses membranes deux heures après.

Le 6. Pas de selle, la malade prend ce jour-là trois pilules d'extrait de bile.

Le 7. On sentait une grosse vésicule qui nous avait semblé bourrée de calculs. Doutant de l'opportunité de notre traitement, nous demandâmes conseil à M. le docteur Mathieu qui nous dit de continuer.

Le 8. Selle avec muco-membranes.

Le 9. Selle avec muco-membranes

Deuxième injection rendue, une demie heure après, avec une selle en scybales et muco-membranes.

Le 10. Pas de selle, crise de trois à six heures du soir : *3 pilules*.

Le 11. Pas de selle, crise de une heure du matin à quatre heures : *3 pilules*.

Le 12. A 9 heures, la malade a eu avec un lavement une selle composée de scybales avec très peu de fosses membranes.

Une troisième injection est rendue une demi-heure après avec une selle abondante et très peu de mucus et de fausses membranes.

Le 13. Pas de selle. Quelques brûlures stomacales. La malade à partir de ce jour, ajoute à son régime du jambon maigre et des pâtes alimentaires, régime n° 2 et du 13 au 21 février, prendra 3 pilules d'extrait de bile par jour et n'aura plus de crise.

Elle a tous les jours une selle en boudin sans mucus.

Du 21 février au 14 mars, plus de pilules. Elle pèse 61 kilogrammes.

Le 16, elle reprend 8 pilules et le 23, elle pèse 61 kgr. 400 en augmentation de 6 kgr. 800 sur son poids initial mange depuis huit jours des légumes verts et des viandes grillées, *a des selles régulières* et n'a plus de crise.

Le 20 mai, la malade est à notre régime n° 3 et se porte très bien, n'a pas eu de crise hépatique, et surtout ce qui nous intéresse en ce moment, a des selles moulées normales.

Observation VII

M. B.... 53 ans, plombier. Poids : 54 kilogrammes.

Se présente à la consultation le 19 décembre 1905.

Ce malade qui ne présente pas de syndrome neurasthénique est un assez grand buveur. Il prend en moyenne deux litres de vin et deux à 3 petits verres quotidiennement.

Son passé est net. Sans aucune affection à part quelques coliques sèches l'été.

Il y a 7 mois, il a commencé à souffrir de coliques qui présentent à l'état actuel les caractères suivants.

Le matin aussitôt levé, le malade est pris de coliques avec fausses envies d'aller à la selle.

Il a une première selle une heure après, avec coliques, puis trois à quatre autres selles dans la journée.

La première est composée de matières dures, en scybales enrobées de mucus plus ou moins concrété.

Les autres sont composées de matières liquides où flottent quelques scibales mêlées à des flocons de mucus.

De temps en temps, tous les cinq à six jours, le malade a le ventre ballonné et à ce moment évacue avec de fortes coliques, la valeur d'une tasse à café de mucus plus ou moins concrété strié de sang.

Le malade ne se plaint pas de l'estomac, et à l'examen ne présente rien d'anormal de ce côté.

Par contre :

Son foie atteint 12 centimètres ;

Son cæcum est dilaté ;

Son S iliaque contractée et douloureuse.

L'examen des selles (avec le régime de Schmidt) donne des résultats caractéristiques de colite sans plus.

Le malade est mis au régime n° 2 et au traitement de la colite.

En huit jours il reçoit quatre injections après lesquelles il n'eut plus de coliques ; la fausse diarrhée, l'expulsion de mucus sanglant avait disparu. Le malade prit ensuite 18 pilules. Le 12 janvier 1906, régime n° 3, il pesait 59 kgr. 900, en augmentation de 5 kgr. 900. Le 20 mai, l'état de santé du malade était toujours satisfaisant.

Observation VIII

Mme G..., 49 ans, ouvrière. *Poids. 82 kgr. 700.*

Se présente à la consultation le 23 janvier 1906. Syndrome neurasthénique au complet. faiblesse générale et même de fréquentes crises de larmes sans cause appréciable.

Dit souffrir depuis vingt années et s'est soignée sans résultat. Depuis deux à trois ans son état s'est aggravé.

Cette malade présente en effet à l'état actuel, des phénomènes dyspeptiques classés par M. Mathieu sous le nom de dyspepsie sensitivo motrice. De plus, c'est une constipée. Constipation opiniâtre ne cédant qu'aux laxatifs et aux lavements et l'émission des matières en scybales s'accompagne de fausses membranes abondantes. C'est tout ce que nous révèlera l'examen des fèces d'après la méthode de A. Schmidt.

C'est une malade obèse, au ventre étalé, aux parois très épaisses et peu élastiques.

La fosse iliaque gauche est très sensible à la palpation, la droite l'est moins avec un cœcum que la percussion révèle dilaté. La sensibilité épigastrique est assez vive et l'estomac clapote légèrement jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'espace de Traube est mat.

Le foie gros atteint 12 centimètres de matité et l'épreuve de la sangle est positive aux deux temps.

Il faut noter que la malade est atteinte de vaginite gonococ-

cique assez intense, et d'hémorroïdes internes et externes procidentes volumineuses.

On conseille à la malade de porter une sangle de Glénard, on la met au régime numéro 3, et le 24 elle reçoit une première injection, rendue deux heures après avec beaucoup de mucus et des fausses membranes (5 à 6 cuillérées à soupe environ.)

Le 25. Pas de selle. Deuxième injection rendue deux heures après avec des résultats identiques à la première. La malade a de la céphalée continue depuis quarante-huit heures.

Le 26. Pas de selle encore. La céphalée a disparu.

Les douleurs stomacales sont remplacées par une sensation de pesanteur. La sensibilité des fosses iliaques est beaucoup moindre.

Troisième injection rendue avec les mêmes caractères que la précédente.

Le 27. Quatrième injection rendue sans mucus. Toujours pas de selle.

Le 28. La malade, après avoir pris un lavement d'huile, rend une selle sans mucus, peu abondante.

Cinquième injection rendue une demi-heure après avec des matières pâteuses abondantes.

Le 29. Les deux fosses iliaques sont encore sensibles. A partir de ce jour, elle a été soignée en même temps pour sa gonorrhée.

Elle prend deux injections du 3 au 5 février est soumise à deux séances de massage le 7 et le 9. Elle a eu des selles sans mucus ni fausses membranes jusqu'au 11. où, avec une selle moulée abondante, elle rend une demi-cuillerée à soupe environ de fausses membranes.

Le 12. Pas de selle naturelle.

Neuvième injection qui ramène des matières abondantes et un peu de mucus non coagulé.

La malade continue, à partir de ce jour, à aller à la selle régulièrement jusqu'au 2 avril, où pour la débarrasser de ses hémorroïdes qui la gênaient encore, nous lui conseillons de faire appliquer le traitement électrique.

Après une période de mieux initial qui ne se maintient pas, la malade, quatre semaines après, présentait encore des hémorrhoïdes volumineuses, nous lui conseillons le 15 mai une opération qui nous semble nécessaire.

L'examen de ses selles fait à plusieurs reprises dans l'intervalle ne nous a plus rien révélé d'anormal et le ventre de la malade n'est plus douloureux, ni au niveau de la ligne épigastrique ni dans les fosses iliaques.

Observation IX

M. L. C..., gardien de la paix, 26 ans. Poids, 69 kilogrammes.

Se présente à la consultation le 5 janvier 1906. C'est un émotif, avec céphalées fréquentes et douleurs lombaires, hanté par la crainte de ne jamais guérir.

Son passé ne nous révèle qu'une rougeole à l'âge de 8 ans.

Depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire depuis huit années, il dit souffrir de colite muco-membraneuses.

L'affection a débuté par une forte colique suivie de diarrhée. Pendant six semaines il eut le ventre ballonné, deux à quatre selles par jour avec violente douleur de la fosse iliaque droite et coliques au moment de la défécation. Il ne sait s'il y eu des mucus et de fausses membranes dans ses selles.

Il se remit à peu près et durant six mois sa santé fut assez bonne.

Puis à la suite de quelques excès (travail et boisson) il est repris d'une crise identique à la première. Et depuis cette époque même pendant son service militaire, il est sujet à une constipation opiniâtre durant trois et quatre jours, coupée de débâcles et il expulse toujours des mucus et des fausses

membranes en quantité plus ou moins grande suivant les moments.

Et c'est au moment d'une débacle qu'il vient à la consultation. Il a deux et trois selles par jour avec coliques et douleur péri-ombilicale presque continue.

L'examen de l'estomac ne révèle rien d'anormal.

Le cœcum est en boudin contractile, le colon descendant est contracturé.

Le foie atteint 10 centimètres de matité.

Le malade est mis au régime n° 3 et reçoit une première injection le 6, qu'il rend deux heures après avec beaucoup de mucus et peu de fausses membranes. Le malade prend du 6 au 8, six pilules d'extrait.

Le 8. Deuxième injection rendue dix minutes après avec quelques matières et quelques mucosités.

Le 9. Troisième injection qu'il rend 5 heures après avec du mucus et des fausses membranes.

Le 10 et le 11. Selle moulée. Il prend un service de nuit à partir de ce jour.

Le 12. Trois petites selles rendues avec violentes coliques et contenant beaucoup de muco-membranes.

A ce moment jusqu'au 21, le malade retenu par son service ne peut venir. Nous lui conseillons alors d'entrer à l'hôpital. Ce qu'il fait le 3 mars.

Il rend toujours des muco-membranes et l'état général, les coliques, la sensibilité des fosses iliaques, la corde colique descendante ont les mêmes caractères qu'au début.

Mis au régime des dyspeptiques du 6 au 12 mars le malade reçoit une injection chaque jour qu'il évacue toujours avec du mucus et des fausses membranes.

Il va à la selle chaque jour. Selle en boudin un peu dur avec quelques mucosités à la surface, et des grains de mucus colorés en jaune à l'intérieur en assez grand nombre.

12 mars. Le malade prend un lavement évacuateur pour avoir une selle petite avec du mucus.

Le 13. Selle moulée normale avec un peu de mucus.

Septième injection rendue avec du mucus (2 cuillerées à soupe un peu près.)

Le 14. Selle moulée avec très peu de mucus. L'état général est bon, plus de douleur de la fausse iliaque gauche, quelques « brûlures péri-ombilicales ».

Ne prendra que des pilules d'extrait au nombre de trois par jour jusqu'au 19.

Les 15, 16, 17 et 18, selle moulée normale, on y trouve pourtant encore un ou deux légers flocons de mucus appliqués à l'extérieur des matières.

Le 19. Selle pâteuse, une injection.

Le 20. Selle pâteuse, abondante, sans mucus.

Le 21. Petite selle moulée avec un peu de mucus. Poids 69 kgr. 300.

Sort de l'hôpital avec un mois de convalescence, amélioré mais non guéri.

Le malade va prendre jusqu'au 30, avec son régime n° 3, quatre pilules par jour.

Le 30. Les brûlures jeri-ombilicales ont disparu.

Jusqu'au 29 les selles avaient été régulières, ce jour-là elles contenaient un peu de mucus. Le malade pesait 69 kgr. 500.

Depuis les selles ont toujours été régulières et sans mucus, à l'examen qui a été fait deux fois par semaine jusqu'au 25 avril.

Ce jour-là le malade se plaignait de douleurs vagues dans nous soupçonnions la nature neurasthénique. Une application de collodion au bleu de méthylène en eut facilement raison et elles n'ont plus reparu depuis.

L'état général du malade depuis à toujours été en s'améliorant, son poids le 2 juin était de 71 kgr. 500 et ses selles normales et régulières.

Observation X

Mme G..., sans profession. Poids : 67 kilogrammes.

Se présente à la consultation le 16 février 1906.

C'est une constipée de longue date. Elle aurait fait une *typhoïde* à 18 ans.

Opérée il y a quatre ans pour salpyngite gauche.

Depuis un an, douleur à droite presque continuelle exagérée par crises plus ou moins éloignées et de violence variable, et d'une durée variant de deux à douze jours.

Ajoutez à cela quelle est déprimée, émotionnable et qu'elle est sujette à de fréquents maux de tête.

L'estomac semble normal. La sensibilité xyphoïdienne est à 2000 à l'esthésiomètre du docteur Roux, la sensibilité ombilicale à 1000.

Le foie atteint 9 centimètres.

La palpation révèle une douleur à maximum appendiculaire prolongée le long du côlon ascendant.

Le colon descendant et l'S iliaque sont également sensibles.

L'examen des fèces révèle, avec des matières dures en scybales, la présence de muco-membranes en quantité notable (trois cuillerées à soupe environ).

La malade est mise au régime n° 2, et pour ne pas exciter, d'une façon peut-être exagérée ou intempestive, son peristaltisme intestinal à cause de l'état d'inflammation chronique de l'appendice que l'on supçonne. la malade prendra l'extrait de bile par la voie buccale en capsules.

Le 16. Elle est mise aux pilules (4 par jour).

Du 16 au 22. Tous les deux jours, un lavement d'eau de guimauve de trois quarts de litre ramène des matières mélangées de mucus et de fausses membranes.

Les 22, 23, 24, 25. Selle quotidienne avec un petit lavement évacuateur simple contenant très peu de mucus. Mais l'aspect

lisse et brillant des matières nous révèle des mucus à un état particulier que M. Mathieu a caractérisé sous le nom de *mucus gommeux*.

Du 26 février au 5 mars. La malade va à la selle seule. Elle rend des matières pâteuses avec un peu de muco membranes.

Le 7 et le 9. Nous lui faisons alors deux injections qu'elle rend avec un peu de mucus, et jusqu'au 15 mars selle moulée naturelle, quotidienne et normale.

Cesse les pilules ce jour là.

Le 15. Pas de selle. La malade pèse 67 kgr. 200.

Le 16. Petite selle, dure, mais sans muco-membrane.

Le 17. Pas de selle.

Le 18. Selle obtenue avec un lavement d'huile.

Le 19. Selle normale.

Le 20, le 21. Selle normale. Le ventre est souple, seul le point appendiculaire reste sensible à la palpation profonde.

La malade pèse 67 kgr. 400. Régime nº 3.

Jusqu'au 30, selle quotidienne petite et dure mais sans mucus ni membranes.

Du 2 au 10 avril. La malade, qui reste un jour sur cinq sans aller à la selle (depuis le 21 du mois de mars), est soumise à cinq séances de massage de dix minutes.

Du 10 avril au 5 mai. Ses selles sont régulières, normales, quoique de consistance plutôt un peu ferme.

La malade pèse 68 kgr. 700, en augmentation de 1 kgr. 700 sur son poids initial ; les selles sont quotidiennes. Seul le point appendiculaire est sensible à la pression profonde, sensibilité très atténuée mais qui existe et qui persiste.

Le 2 juin. La malade pèse 69 kilogrammes et son état général reste excellent.

Observation XI

Mme M..., 53 ans, concierge. Poids : 52 kgr. 400.

Se présente à la consultation le 17 février 1906.

Elle présente au complet le syndrome neurasthénique.

Bien portante autrefois, elle a commencé à souffrir il y a trois ans.

Elle présente le syndrome des douleurs tardives, de deux à trois heures après le repas avec brûlures, gonflement, sensation de torsion à l'épigastre.

De temps en temps, la malade est prise de crises douloureuses, commençant à droite, irradiées vers l'épaule, durant de deux à trente-six heures, terminées par une diarrhée avec émission de mucus.

Ni ictère, ni décoloration des matières, pourtant le teint de la malade est terreux et les conjonctives sont légèrement subictériques, même en dehors des crises.

Ces crises se rapprochent de plus en plus, et tourmentent la malade qui ne mange plus pendant ces crises, dans la crainte de souffrir. Aussi, à l'époque actuelle, a-t-elle maigri de 30 livres depuis un an.

A l'examen, on trouve :

Une S iliaque légèrement sensible ;

Un cœcum dilaté et gargouillant

Le foie est de 9 à 10 centimètres de matité malgré cet amaigrissement énorme.

L'estomac clapote trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

L'examen des fèces, d'après A. Schmidt, nous a révélé :

1° Coexistence de mucus et de fausses membranes en quantité (2 à 3 cuillerées à soupe) ;

2° Coexistence de tissu conjonctif en fibres microscopiques et macroscopiques longues parfois de 3 à 4 centimètres ;

3° Coexistence de tissu musculaire non digéré dont les débris atteignaient, quelques-uns du moins, 1 et 2 centimètres de long.

Nombre de fibres microscopiques n'avaient pas subi de commencement de digestion.

En résumé, signes d'insuffisance digestive.

C'est donc là une malade assez complexe, pour le cas qui nous occupe.

En effet, elle joint à sa colite une dilatation avec insuffisance de digestion du tissu conjonctif et musculaire, et, vraisemblablement, elle est sujette à des crises de colique hépatique.

De plus, l'épreuve de la sangle a été positive aux deux temps.

La malade doit porter une sangle et on la met au régime n° 2.

Le 21. Première injection rendue après deux heures avec mucus et fausses membranes.

Le 22. Deux selles avec muco-membranes.

Le 23. Deuxième injection rendue deux heures après avec muco-membranes.

Le 24. Deux selles pâteuses avec mucus sans fausses membranes.

Le 25. Deux selles semblables à celles de la veille. La malade va *prendre 18 pilules d'extrait de bile* (4 par jour).

Troisième injection.

Le 26. Selle pâteuse avec un peu de mucus gommeux.

Du 26 février au 7 mars. Deux injections.

Deux selles par jour avec très peu de mucus à l'état gommeux.

A partir du 7, la malade dont l'état gastrique s'est sensiblement amélioré, dont les douleurs tardives sont très atténuées, prendra de la gastérine (4 cuillerées à soupe par jour).

Du 7 au 20. La malade ne prend que sa gastérine, elle n'a plus qu'une selle par jour sans muco-membranes. Elle est mise ce jour là au régime n° 3.

Du 20 mars au 2 avril. Une selle quotidienne moulée à part une petite crise diarrhéique, le 26 à la suite de laquelle la malade prend un peu de craie préparée.

Le 2 avril la malade pèse 53 kgr. 600.

Du 2 avril au 22 mai. La malade sans nouvelle crise, avec des selles soit moulées soit pâteuses, ne souffrira plus de son intestin. Mais son estomac clapote toujours et nécessite l'emploi de la gastérine qu'elle n'a du reste pas cessé de prendre.

Le 3 mai. La malade pèse 54 kgr. 700.

Le 22. La malade pèse 55 kgr. 200.

Le 2 juin. La malade se présente toujours avec un état général excellent, on ne trouve pas de mucus ni de fausses membranes dans ses matières. L'estomac clapote toujours, mais n'est plus le siège d'aucune douleur. La malade a bon appétit et ne souffre plus.

Mais ce n'est point là un cas typique de colite, pourtant, son intérêt n'en est pas moins assez grand, puisqu'il nous a permis de juger que le traitement de la colite n'était point incompatible avec le traitement d'autres affections et en particulier avec celui de l'insuffisance digestive d'origine stomacale.

Observation XII

Femme âgée de 64 ans.

A. P. Pas d'éthylisme appréciable ni de spécificité ; pas de syndrome névropathique. Rien de particulier à part une fluxion de poitrine ? dans l'enfance.

A. G. Sept enfants dont cinq avant 25 ans. Entrée à l'hôpital le 3 novembre 1905 pour diarrhée ? durant depuis six semaines.

Interrogatoire. La malade présente depuis longtemps déjà des troubles digestifs : pesanteur, ballonnement après les repas, digestions difficiles dit-elle. Depuis un an environ, les troubles stationnaires du côté stomacal du moins en apparence et

d'après leur ensemble symptomatique ont évolué du côté de l'intestin.

Depuis un an environ, la malade souffre d'une constipation opiniâtre coupée tous les deux, trois et quatre jours, suivant les moments, de débâcles diarrhéiques.

Ce sont ces débâcles diarrhéiques qui ont augmenté depuis six semaines avant l'entrée de la malade qui lui ont fait croire à une diarrhée profuse.

En effet ses selles sont un mélange de liquides et de scybales qui y flottent en plus ou moins grand nombre, accompagnées de *mucus* et de membranes.

Mucus en gros flocon et en petits grains à l'intérieur des scybales comme le montre l'analyse des fèces.

Membranes blanchâtres nombreuses et de toutes dimensions (macroscopiques à longueur de 4 à 5 centimètres).

Examen. Ventre flasque étalé, ventre de batracien avec vergetures.

Cœur, poumons. Rien de particulier.

Estomac. Pas de liquide, à jeun semble ptosé.

Espace de Traube étendu et sonore.

Côlon. Corde colique descendante avec scybales en chapelet, douloureux à la pression.

Cæcum. Distendu, peut-être contractile ?

Foie de 7 à 8 centimètres. Ne déborde pas les fausses côtes.

Rein droit abaissé au premier degré.

Urine. Normale.

Examen des fèces. Après régime de Schmidt pendant trois jours, ne révèle rien d'autre que du mucus et des fausses membranes.

Régime. Lait, potage, œufs. Tous les matins une cuillerée à café de sulfate de magnésie sans résultat.

14 novembre. Traitement. Premier jour, une cuillerée d'huile de ricin ;

Deuxième jour, lavement tiède, un litre ;

Troisième jour, repos.

Les 18. 19. 20. Matières liquides mais encore mucus. Membranes plus petites.

Le 23. Macroscopiquement. Selles moulées. Toujours membranes et mucus.

Le 24. Mucus en grains hyalins.

Le 25. Six comprimés de El-Ko-Sam.

Le 25 et 26. Vomissements.

Le 26 et 27. Pas de selles.

Le 28 et 29. Selles liquides avec mucus.

Le 30 et 1er décembre. Lait, potage et œufs sans médicament. Débâcle diarrhéique.

Le 2. Diarrhée abondante. Douleur lombaire.

Le 4. Lavage un litre avec une cuillerée à café ichtyol à un cinquième.

La malade se sent mieux. Quelques douleurs dans la région lombaire.

Le 5. Diarrhée moins abondante, la malade va à la selle avec moins d'efforts, atténuation de la douleur.

Commence le traitement.

Le 9. 5 grammes d'extrait, dissous dans 20 centimètres cubes d'eau distillée bouillie en lavement à 3 heures et demie.

Le 10. La veille au soir à 11 heures, la malade va à la selle. Les matières contiennent encore des muco-membranes en quantité.

Matières liquides, demi-pâteuses contenant des glaires et des muco-membranes en quantité peut-être plus considérable qu'avant.

Il y a 380 centimètres cubes de matières, le double de ce que la malade rend d'habitude. Cinq minutes après avoir pris cette injection, la malade a une sensation tout à fait spéciale, comme si le fondement sortait dit-elle expressément. Cette sensation très supportable, plutôt gênante que douloureuse, dure une demi-heure au moins à trois quarts d'heure au plus.

10 décembre. Ce matin, la malade accuse une sensation de mieux manifeste et surtout dans les fosses iliaques. En effet,

l'S iliaque, très douloureuse à la palpation, est devenue indolore et la malade affirme ne plus souffrir de son intestin.

Lavement à 3 heures et demie de 7 grammes dans 30 centimètres cubes d'eau distillée bouillie. Pendant une heure, sensation, que la malade compare à des piqûres par quelque chose d'acide.

Mais la malade qui, depuis son entrée à l'hôpital, souffrait de son gros intestin tous les jours, *n'a plus souffert depuis la première injection*.

11. La malade, qui était au régime lacté (2 potages au lait, 2 œufs, purée), est mis à un nouveau régime : 200 grammes viande rôtie, 150 grammes légumes verts (déjeuner) ; potage au lait, 200 grammes purée, 1 litre lait (dîner).

11. Dans la nuit du 10 au 11, à 3 heures du matin, a été prise de sueurs froides avec vomissements (aigres, dit-elle). Indigestion : ce jour-là, la malade n'avait point encore pris son nouveau régime. Pourtant, ce matin elle va aussi bien que possible et n'a pas souffert à nouveau. Les selles, assez abondantes, étaient pâteuses et contenaient encore des muco-membranes. On ne lui injecte pas d'extrait aujourd'hui.

12. Pas de selles.

A 2 heures et demie. injection de 5 grammes d'extrait. Sensation de picotement pendant trois quarts d'heure. La malade a bien dormi jusqu'à 3 heures, heure à laquelle elle rend son lavement.

13. La diarrhée, assez abondante ces derniers jours, s'atténue un peu.

Selles à 7 heures du matin. Selles moulées, pâteuses et jaunes, sans douleur.

Qualités : *Rien d'anormal, ni mucus, ni membranes.*

La malade se trouve très bien, ne souffre plus et, à midi, elle commence le régime suivant :

Déjeuner : viande rôtie, légumes verts ;

Dîner : potages, purée.

A 3 heures et demie, injection de 5 centimètres cubes dans

50 centimètres cubes, portée à 25 centimètres avec une sonde.

Deux heures et demie après, la malade rend son lavement.

14. Débâcle abondante de matières assez consistantes contenant encore un peu de mucus.

A 5 heures, va à la selle : *fèces pâteuses sans muco-membranes*, défécation indolore.

Seul, le cœcum reste douloureux. La malade dit se sentir aussi à « son aise » qu'avant d'être malade. Pas d'injection aujourd'hui.

15 et 16. Pas d'injection. Va très bien. Selles normales. Plus d'injection.

17. Les selles sont peu abondantes, contenant des mucosités jaunâtres.

19. Débâcle très abondante. Une partie des selles est moulée, mais en petite quantité et très peu consistante.

21. Matières colorées étalées sans consistance, brillantes à leur surface, semblant indiquer la présence d'une certaine quantité de mucus. Et, quoique liquides, les matières présentent quelques petites peaux.

22. Matières colorées étalées recouvertes d'un enduit de mucus qui leur donne une surface brillante.

25. Les matières sont en petite quantité.

26. Débâcle abondante de matières présentant toujours le même aspect. Elles sont colorées, leur surface est brillante et elles sont étalées. Après le deuxième lavage, elles sont en petite quantité, mais renferment du mucus.

27. Selles un peu moins abondantes, mêmes caractères.

28. Les matières présentent toujours le même caractère de couleur et de consistance. Après le deuxième lavage (ichtyol), on voit quelques membranes et du mucus.

29. Quelques membranes.

31. Les matières sont en petite quantité.

1er janvier. Débâcle très abondante, toujours même aspect,

étalées, luisantes à la surface, quelques membranes, enduit opalin et brillant.

On cesse les lavages, qui sont remplacés par huile de ricin, 1 cuillerée le premier jour, lavage d'un litre le deuxième jour, repos le troisième jour.

2 janvier. 1 cuillerée d'huile de ricin.

3. Lavage. Selle abondante.

4. 1 cuillerée d'huile de ricin, parce que les selles de la veille étaient peu abondantes.

5. Selles assez abondantes, couleur foncée. Lavage.

6. Repos.

7. Pas de selle.

8. Matières très abondantes, peu colorées.

9. Lavage. Selles liquides colorées, contenant en quantité plus grande que les jours précédents mucus et peaux. Le mucus présente des stries rougeâtres sanguinolentes. La réaction de Weber est négative.

10. Repos.

11. Huile de ricin. Matières colorées de consistance molle.

12. Ce jour, nous reprenons le traitement par l'extrait biliaire. Selle liquide colorée avec muco-membranes en quantité. Première injection d'anti-mucose. Le soir, selle pâteuse avec peu de muco-membranes.

13. Deuxième injection. La malade déclare que depuis qu'on lui a fait une injection d'anti-mucose, la douleur qu'elle avait depuis quelques jours a complètement disparu. Matières assez consistantes et colorées sans muco membranes.

14. Pas d'injection.

15. Troisième injection à 6 heures un quart du soir. Matières moulées consistantes, coloration assez foncée, pas de mucus, pas de membranes, quelques vagues douleurs dans le ventre.

16. Quatrième injection. Selles abondantes. Pas de mucus, pas de douleurs.

17. Cinquième injection. Selles peu abondantes. Pas de mucus.

18. Sixième injection à 5 heures. Matières moulées et colorées.

19. Un peu de mucus. Matières colorées.

20. Matières moulées colorées, pas de mucus, peu abondantes. Légères douleurs au côlon descendant (400 gr. viande rôtie au lieu de 200).

21. Selles moulées. Quelques muco-membranes rendues avec la septième injection.

22. Pas de lavement. Matières peu abondantes moulées, un peu de mucus.

23. Petite selle.

24. Huitième injection.

25. Selles abondantes.

26. Pas de selle.

27. Débâcle de diarrhée dans la nuit avec vomissements bilieux sans débris alimentaire ; dans la matinée, selle moulée sans mucus, vague douleur sur le trajet du côlon.

28. Selle absolument normale.

29. Selle moins abondante, boudin même un peu dur.

30. Pas de selle.

31. Neuvième injection avec grande sonde. Selle peu abondante, pas de mucus.

1er février. Selle peu abondante, pas de mucus.

2. Selle peu abondante. Pour la première fois, 3 pilules d'extrait.

3. Débâcle au matin, selle sans consistance colorée, quantité de mucus très petite, appréciable cependant ; la malade n'accuse aucune douleur et déclare son état grandement amélioré.

4. Retour aux selles normales. Etat général excellent. La malade part au Vésinet.

Revue jusqu'au 18 mai, la malade n'a pas eu de rechute.

Observation XIII

Mme T..., ménagère, âgée de 44 ans. *Poids, 56 kgr. 200.*

Vient à la consultation le 23 avril.

Souffre depuis deux ans. Crises de colite dysentériforme avec mucus et fausses membranes. Ces crises sont coupées de périodes de constipation de cinq à dix jours, mais moins longues que les crises dysentériformes qui durent quinze jours à trois semaines environ.

En un mot, elle présente les caractères d'une malade atteinte de ces fausses diarrhées avec muco-membranes dont nous avons parlé dans la première partie de ce travail.

La malade *a maigri de 34 livres.*

L'examen révèle : une douleur péri ombilicale exagérée par la pression : une corde colique descendante ; une douleur au point de Mac Burney ; un estomac atoné correspondant aux phénomènes de dyspepsie banale, qu'on relève chez la malade ; un foie de sept centimètres ; un relâchement des parois abdominales ; épreuve de la sangle positive aux deux temps.

L'examen des fèces est concluant. Traversée digestive : une première fois *trente-deux heures*, une deuxième *vingt-huit heures*, alors que la malade est dans une période diarrhéique.

Mise au régime numéro 2. Doit porter une sangle.

Le 3 mai. Première injection, et du 3 au 7 compris, 6 pilules par jour. L'injection gardée vingt-quatre heures est rendue avec beaucoup de mucus et de membranes.

Le 5. *Trois selles moulées*, avec muco-membranes.

Deuxième injection rendue trois heures après, avec des muco membranes et des matières.

Le 6 mai. Pas de selle.

Le 7. Selle sans colique, avec quelques muco-membranes.

Le 8. Selle sans colique, ne prend plus de pilules.

Le 9. Selle sans colique, avec quelques muco-membranes.

Le 10. Selle sans lavement avec quelques coliques.

Troisième injection gardée quinze heures, rendue avec peu de muco-membranes et quelques matières.

Le 11 mai. Selle moulée sans coliques.

Le 12. Selle dure.

Quatrième injection rendue une heure et demie après avec des selles et un peu de muco-membranes.

Le 13. Selle abondante sans glaires.

Le 14. Selle abondante sans glaires, avec beaucoup d'efforts.

Le 15. Selle petite normale. Reprend jusqu'au 30 6 pilules par jour.

Les 16 et 17. Selle normale.

Le 18. Deux selles avec colique, pâteuses. Ventre sensible. (*La malade a ses règles jusqu'au 22.*

Les 19, 20, 21, 22. Selles avec colique, pâteuses.

Les 24, 26, 28, une injection. Une selle, unique par jour depuis le 22 mai. L'amélioration se maintenait le 20 juin.

La malade qui ne souffre plus depuis ses dernières règles a augmenté de 3 kilogrammes.

Observation XIV

Mme D..., 31 ans. *Poids, 58 kilogrammes.*

Jeune femme neurasthénique présentant, en plus des symptômes des plus alarmants, étouffement avec boule œsophagienne et deux crises de nerfs; sans antécédents pathologiques. C'est à peine si chez elle on relève quelques rares périodes de constipation.

Brusquement à la suite de chagrins, elle est prise de débâcles diarrhéiques avec mucus et fausses membranes. Cinq à six selles par jour dont une ou deux composées uniquement d'une

masse très *abondante* de muco-membranes. Cet état durait depuis quinze jours au moment où elle vint consulter.

A l'examen, on trouve une S iliaque sensible, une zone péri-ombilicale, douloureuse à la pression.

Mise au régime numéro 2, elle prend dix-huit jours durant, 6 pilules par jour, reçoit quatre injections les huit premiers jours, et voit ses selles peu à peu devenir normales. Quinze jours après, mise au régime numéro 3, elle présente des selles normales et n'a plus eu de crise à partir de cette époque jusqu'à ce jour.

Observation XV

Mlle D.... commerçante, 39 ans. Poids, 52 kilogrammes.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Syndrome neurasthénique au complet.

Elle souffre *depuis onze ans* puand elle se présente à la consultation.

Depuis cette époque, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice. Appétit diminué.

Depuis trois ans l'alimentation de la malade se compose uniquement de lait *deux litres par jour*.

Très constipée de longue date, depuis trois ans elle est obligée de prendre *deux lavements par jour*. Signes de colite. Rend quelques fois des membranes de 20 centimètres.

Jamais de débâcles diarrhéiques.

A maigri de 24 livres en vingt mois.

A l'examen on trouve : un estomac qui descend à l'ombilic avec un espace de traube étendu et sonore et clapotage.

un boudin cœcal contractil,

Une corde colique transverse, sous l'ombilic,

Une siliaque légèrement sensible,

Un foie de *6 centimètres de matité.*

L'examen des fèces révèle une grande quantité de muco-membranes.

La malade est mise au régime n° 3.

Du 14 janvier au 15 février, elle reçoit huit injections et prend avec un intervalle de 10 jour du 26 au 6 février 6 pilules d'extrait de bile par jour.

Depuis le 15 va à la selle seule sans muco-membranes. La régularisation des selles ne s'est établie que plusieurs jours. 12 environ, après la disparition des muco-membranes.

Le 20 juin, elle pèse 58 kilogrammes, va à la selle chaque jour normalement.

Observation XVI

Mme M..., ménagère, 54 ans. Poids : 53 kgr. 700.

La malade vient à la consultation le 22 janvier 1906.

C'est une constipée de longue date. Depuis l'âge de *20 ans* elle est obligée de recourir fréquemment aux lavements et aux laxatifs.

Etat aggravé *depuis quatre années* et actuellement les purgatifs et lavements sont si peu efficaces que la malade prend quelquefois six lavements avant d'avoir un résultat.

Il faut ajouter à cela quelques troubles dyspeptiques banaux.

A l'examen on trouve un ventre aux parois relachées à dépression épigastrique. Le colon descendant est tendu. La siliaque pleine de scybales dures. Le cœcum fortement dilaté est plein de matières dures. Dans le côlon transverse, on trouve également quelques scybales.

Le foie petit est de *6 centimètres.*

L'estomac descend à l'ombilic avec clapotage et flot.

L'épreuve de la sangle est positive aux deux temps, très nette au premier.

L'examen des matières révèle *des muco-membranes* en très grande quantité enrobant quelques scybales.

La malade est mise au régime n° 2 et doit porter une sangle.

Le 24. Première injection. Rendue trois quarts d'heure après avec beaucoup de muco-membranes.

Le 25. Deuxième injection. Rendue deux heures après avec beaucoup de muco-membranes.

La malade est moins abattue, a des digestions moins pénibles, sensation de faim, pas de selle.

Le 26. Petit lavement qui évacue une selle très abondante pâteuse avec beaucoup de muco-membranes.

Troisième injection rendue avec muco-membranes moins abondantes qu'avec les deux précédentes.

Le 27. La malade pèse *54 kgr. 500* en augmentation de 800 grammes. Pas de selle.

La malade ne vient plus. Elle a été atteinte d'une bronchite assez grave, nous dit-elle, lorsqu'elle revient à la consultation plus de trois mois après, le 7 mai.

La malade est toujours très constipée avec des muco-membranes dans les matières. Elle ne peut avoir de selle qu'avec des lavements quelquefois deux, trois, quatre de suite.

Du 10 au 15 mai. Deux injections et six pilules par jour. Selles obtenues plus facilement avec un petit lavement, encore des muco-membranes.

Le 15 mai. Selle abondante (obtenue après un petit lavement avec du mucus en quantité et très peu de membranes.

Du 15 au 22. Six pilules par jour. Une selle naturelle avec muco-membranes et assez dure.

Du 22 au 31. Quatre injections et six pilules par jour. Une selle naturelle le 26 avec encore du mucus.

Le 28. Une selle naturelle avec encore du mucus.

Le 30 mai. Selle normale.

Le 31. Selle normale. *Poids 58 kilogrammes.*

La malade ne souffre plus et digère bien.

Le 1er et le 2 juin. Selles normales sans muco-membranes, plus de pilules mais une injection le 1er et le 2.

Depuis, jusqu'au 12 juin, la malade a reçu quatre injections.

Elle a eu une selle normale quotidienne. Elle pèse 60 kilogrammes.

Le 23 juin. L'état va toujours en s'améliorant. Poids 61 kilogrammes.

A ces observations il nous faut ajouter 3 cas de colite assez légère. L'une chez une jeune femme de 29 ans, l'autre chez une femme de 36 ans, la troisième chez un homme de 38 ans. Ces trois colites ont été traitées de la même façon que les autres, c'est-à-dire même régime, même hygiène. Nous avons choisi exprès 3 cas assez légers, la plus ancienne colite, en effet, celle de la jeune femme de 29, remontait à 4 mois et elle évacuait peu de fausses membranes, elle allait seule à la selle au moins tous les deux jours. Ces malades donc ont été traités SANS L'ADMINISTRATION BUCCALE OU RECTALE de l'extrait biliaire, et des trois la première, après un mois de traitement, n'avait aucune amélioration, la deuxième dut entrer à l'Hôtel-Dieu faute de pouvoir continuer à se traiter chez elle après un mois et demi de traitement (reprise à l'heure actuelle par nous, elle est déjà, après 10 jours, très sensiblement améliorée). Le troisième nous quitte après trois semaines de traitement sans avoir obtenu d'amélioration. Ainsi ces trois cas semblent venir à l'appui de l'action élective de l'extrait biliaire. Les autres moyens thérapeu-

tiques, hygiène, régime, n'étant que des adjuvants. Aussi croyons-nous pouvoir émettre les conclusions suivantes.

Conclusions

Il nous semble ressortir de l'examen des observations précédentes que l'affection évolue de la façon suivante sous l'influence du traitement dans les cas de colite muco-membraneuses avec constipation constituant la forme classique.

1° *Au début*, évacuation abondante de muco-membranes évacuation qui va diminuant, mais il faut noter que même à la fin du traitement, alors que le malade a des selles normales, l'injection a pour effet de ramener quelque peu de mucus qui semble sécrété sous son influence ;

2° Sédation des douleurs abdominales en un temps variable, assez court dans la plupart des cas observés ;

3° Ensuite disparition des muco-membranes, disparition progressive plus ou moins rapide suivant la gravité de l'affection et l'état réactionnel du sujet.

4° Enfin régularisation des selles, moulées et normales de consistance et de composition. C'est la régularisation des selles qui est la dernière à se manifester. Et si l'on en croit les observations précédentes, les muco-membranes, les douleurs ont disparu, alors que le malade n'a pas encore de selles régulières. C'est là le phénomène qui survient en dernier lieu.

De ces effets multiples, il ressort à nôtre avis qu'à la

fonction cholagogue de l'extrait qui tend à rétablir la sécrétion normale de la bile et, par conséquent, à amener la guérison, vient s'en ajouter deux autres :

A) La première est une action élective sur les cellules mucipares, action tonifiante, excitatrice de la sécrétion qu'elle semble régulariser.

B) La seconde sur la tunique musculaire dont il excite et régularise les contractions.

La troisième est l'action laxative dont nous avons déjà parlé dans la première partie. Cette action semble surtout dévolue à l'ingestion par la voie buccale, la voie anale agissant spécialement *in loco dolenti* sur les colites bas situées. Mais il nous semble dans tous les cas que cette action est secondaire toutefois et ajoute ses bons effets et est surtout utile lorsque, après la disparition des muco-membranes, la constipation cède difficilement. C'est cette phase qui nous semble en particulier justiciable du traitement par l'ingestion buccale.

Ces conclusions s'appliquent à la colite muco-membraneuse caractérisée par le syndrome : constipation, productions muco-membraneuses et douleurs.

A côté de cette forme classique, si j'ose m'exprimer ainsi, il en existe d'autres :

1° La constipation chronique avec débâcles diarrhéiques et pseudo-diarrhée chronique. Dans ces formes, ainsi que nous l'avons déjà dit, à propos de l'examen des fèces, on note toujours une traversée digestive retardée, qui suppose l'immobilisation du contenu dans le côlon au moins dans certains de ces segments.

Les observations XII et XIII correspondent à ce cas, et

nous permettent de conclure dans le même sens à propos de l'action de l'extrait biliaire.

Du reste, en réalité, ces formes rentrent dans la généralité, si l'on entend par constipation non pas l'aspect physique des matières, mais ce qui est plus rationnel la prolongation de durée de la traversée digestive.

Un seul cas de forme hémorrhagique, heureusement guéri, nous semble bien insuffisant pour tirer des conclusions solidement établies.

Et pour cette forme comme pour les formes fébriles, puur la colite avec hypersécrétion muqueuse, pour les poussées plus ou moins aiguës de colite dysentériforme, pour toutes ces formes mal connues, mal délimitées de colite, ou si l'on préfère un terme plus imprécis, de colopathies, dont M. Mathieu a tracé un tableau à titre provisoire, nous ne voulons tirer aucune conclusion, car nous n'aurions en ce moment aucun renseignement précis à donner : ces questions sont à l'étude actuellement et nous espérons pouvoir bientôt apporter à ce sujet quelques éclaircissements. Qu'il nous soit permis de dire que nous n'avons jusqu'ici aucune raison de croire au manque d'action favorable de l'extrait biliaire et d'affirmer qu'en tout cas il ne pourrait être défavorable.

APPENDICE

Mode d'administration de l'extrait biliaire

L'antimucose s'administre de deux façons différentes, à doses variables, soit en injections intra-rectales, soit par la voie buccale, en capsules ou en pilules enrobées dans une substance qui les met à l'abri de l'action du suc gastrique, comme la kératine ou le gluten.

1° INJECTION INTRA-RECTALE.

D'abord, quand et comment doit-on la faire ?

L'heure importe peu. Le matin, l'après-midi ou le soir, ne présentent aucun avantage spécial. On choisit simplement l'heure la plus commode, sous cette réserve cependant que, le malade étant le plus souvent dans l'obligation de conserver une immobilité relative dans la position horizontale, il est préférable de profiter du repos qu'on doit imposer à ces malades après chaque repas, par exemple celui du déjeûner.

Mais, circonstance beaucoup plus importante, l'ampoule rectale doit être vide, ou tout au moins à peu près.

Dans le cas contraire, en effet, l'injection excite vivement et rapidement le péristaltisme intestinal et, au bout de cinq minutes à un quart d'heure au maximum, le malade est incapable de résister à l'envie impérieuse d'aller

à la selle qui le tourmente et il évacue ainsi rapidement le contenu de son ampoule, matière, et injection, qui n'a pu franchir cet obstacle et remonter plus haut dans l'intestin.

C'est là un inconvénient auquel il est facile d'obvier en faisant prendre une heure auparavant au malade un petit lavement évacuateur de un demi-litre, soit d'eau tiède, soit d'eau de guimauve.

Mais, dans la plupart des cas, ce lavement préliminaire est inutile pourvu que le malade ait eu une selle dans les douze heures qui précèdent l'injection.

Nous remarquerons, en passant, que le phénomène que nous venons de décrire peut être utilisé dans certains cas, très nombreux dans la colite où le malade très constipé ne peut avoir de selle naturelle et même avec un lavement petit ou grand qui ne ramène aucune matière. C'est là un moyen rapide et pratique de désobstruer le rectum et de répondre à l'indication du lavement préliminaire. Et c'est là, quelquefois, le sort de la première injection qui sert ainsi de point de départ au traitement, j'allais dire de mise en route.

Ce même phénomène qui présente une utilité incontestable, on le voit facilement, peut se reproduire accidentellement au cours du traitement; on peut même y avoir recours lorsqu'on veut exonérer l'ampoule rectale obstruée par une période de constipation, chez un malade que l'on à déjà commencé à traiter.

Quoi qu'il en soit, il ne faut user du petit lavement évacuateur que parcimonieusement, quatre à six dans le cours du traitement et au début seulement, préférer le lavement d'huile la veille au soir. Du reste, bientôt ces lavements

seraient inutiles et si nous avons cru devoir insister sur ce point, c'est dans le but *d'éviter d'en voir abuser* ou du moins croire qu'ils rentrent dans la technique générale alors qu'ils ne doivent être *qu'un accident* au cours du traitement, et non d'une pratique courante.

Ce point élucidé, voyons comment on procède.

Instrumentation. — 1° La sonde. On se servira d'une sonde molle en caoutchouc rouge semblable à la sonde dite sigmoïde de Chatel-Guyon ou bien de cette sonde même. Un modèle de diamètre plus réduit est tout aussi bon, une grosse sonde uréthrale par exemple, peut être utilisée.

Quelle que soit la sonde que l'on emploie, elle doit avoir les trois qualités suivantes : être molle et flexible, pour ne point offenser la muqueuse rectale ; avoir une moyenne de 30 centimètres de long et pouvoir s'adapter à l'embouchure de la seringue que l'on emploiera, de façon assez hermétique pour pouvoir supporter, sans laisser fuir le liquide, la pression du piston.

Dans certains cas spéciaux où la douleur et l'affection semblent localisées au côlon ascendant, ou au colon transverse ou aux deux, nous nous sommes bien trouvés de la longue sonde de Chatel-Guyon de 1 m. 20 environ qui permet de porter très haut sinon *in loco dolenti* du moins très près, l'injection rectale. Mais c'est là un cas assez exceptionnel et facile à déterminer.

2° La seringue sera d'un modèle quelconque, facile à aseptiser, pourvu qu'elle s'adapte à la sonde et que sa capacité soit d'au moins 50 centimètres cubes, c'est-à-dire du volume de l'injection.

Manuel opératoire. — La façon de donner l'injection ne diffèrera en rien de la manière habituelle.

Le malade sera couché sur le côté droit, la jambe gauche repliée vers le menton et restera sur ce côté pendant dix minutes après l'injection. Ensuite il pourra prendre la position qui lui semblera la plus commode pour conserver l'injection, de préférence cependant l'horizontale.

L'injection sera conservée deux heures environ, qui semblent le temps nécessaire à l'absorption des substances qui y sont contenues, à l'excitation du peristaltisme intestinal et à l'action tonique sur les cellules muqueuses.

Au bout de ce temps, généralement quelquefois un peu plus tard, le malade est pris d'une envie impérieuse d'aller à la selle, ou bien éprouve quelques coliques d'un caractère très passager et qui se calment aussitôt cette évacuation.

Parfois le malade ne ressent aucune sorte de sensation et peut garder indéfiniment l'injection.

Parfois, au contraire, il est pris rapidement, presque aussitôt l'injection, d'une envie impérieuse d'aller à la selle, besoin qu'il doit satisfaire. C'est ce cas qui se présente dans les circonstances que nous avons expliquées au début.

Ou bien le malade ressent quelques coliques plus ou moins fortes qui se passent au bout de un quart d'heure en moyenne.

Quelquefois il a la sensation de brûlure, ou, comme disait un malade, « de piqûres comme quelque chose d'acide ». Mais ces sensations sont supportables et du reste, nous l'avons expérimenté nombre de fois, ne présentent aucun

inconvénient et cessent immédiatement, si l'on fait évacuer l'injection au malade. Mais ce sont là des phénomènes négligeables et dans la grande majorité des cas, à part quelques coliques frustres, les malades peuvent facilement garder l'injection le temps nécessaire.

Résultats immédiats. — Lorsque le malade évacue son injection, il expulse en même temps du mucus et des fausses membranes.

Leur quantité est variable. Au début du traitement, en règle générale, pour ne pas dire absolue, les deux ou trois premières injections, chez les malades que nous avons traités, ramènent une quantité quelquefois énorme de fausses membranes de toute taille et de toute dimension, et de flocons de mucus nombreux et volumineux. Il semble que l'injection détache toutes les fausses membranes de l'extrémité inférieure du tube digestif, puis leur quantité devient moins grande, au fur et à mesure des injections, les fausses membranes diminuent graduellement de taille et de nombre pour disparaître finalement en un temps variable.

Il en est de même des flocons de mucus pourtant quand l'injection ne ramène plus que du mucus, et en petite quantité ; chaque injection consécutive en ramène une quantité à peu près égale qu'elle semble avoir fait excréter aux cellules mucipares et par son action excito-motrice des fibres lisses, action qui est toute mécanique et due à la compression et par son action spécifique sur la cellule elle-même.

Tels sont les phénomènes immédiats que l'on constate dans l'application de cette technique.

Il nous reste à exposer la façon dont on doit espacer ces injections.

Nous conseillons au début de faire 2 injections à 24 heures d'intervalle, puis les autres à 48 heures.

Ensuite, quand les selles ne contiennent plus que quelques rares mucosités, qu'elles sont déjà régulières, on peut les espacer tous les 3 jours par exemple.

Mais dans de nombreux cas, alors que les selles ne contiennent plus aucun produit anormal, elles ne sont point régulières encore, il subsiste un peu de constipation, alors une injection de temps en temps réveille la contraction des fibres lisses et en exonérant l'ampoule aide à la disparition de ce dernier symptôme.

2° ADMINISTRATION DES PILULES. Il nous reste à dire deux mots de la façon dont on administre l'extrait biliaire par la voie buccale.

L'extrait a été mis soit en capsules de gélatine kératinisées ou glutinisées, ou en pilules enrobées dans l'une des deux substances.

Quotidiennement on en fait prendre 6 au début du traitement, puis 4 ensuite jusqu'à guérison.

L'administration des pilules est facile et nécessite moins de soin que les injections. C'est là un avantage.

Plus directement absorbées elles facilitent mieux la fonction biliaire.

C'est un moyen d'action plus efficace sur les colites haut situées qu'elles atteignent plus facilement et surtout dans les cas si fréquents où l'intestin grêle participe à l'inflammation.

Nous avons essayé de traiter des malades uniquement

par ce procédé et nous avons remarqué que la durée du traitement était prolongée. Pour des cas aussi semblables que possibles traités les uns par les injections, les autres par les pilules, ces derniers avaient nettement une durée plus longue de 1/4 à 1/3 environ.

On excite en effet moins vivement la fibre lisse que par l'injection. L'action laxative de l'extrait est moins efficace que l'action rapide de l'injection qui donne un coup de fouet rapide et utile surtout au début du traitement.

C'est pour ces raisons que nous avons conseillé un traitement mixte auquel nous nous sommes arrêté après de nombreux tâtonnements et qui consiste :

A administrer simultanément et les pilules et les injections de la façon indiquée ci-dessus, et à commencer le traitement par ces deux modes d'action agissant ainsi énergiquement et sur la glande hépatique et sur tout le tractus intestinal en combinant les actions un peu différentes des deux modes de traitement.

RÉGIMES

REGIME N° 3

Faire cinq repas par jour et se nourrir de la façon suivante :

8 heures. Prendre :

Soit 2 œufs peu cuits, pain grillé en biscottes, et beurre frais plus 1/2 tasse d'infusion chaude. (Camomille, tilleul, fleur d'oranger.)

Soit une tasse de chocolat ou de cacao à l'eau.

10 heures. Prendre :

Gâteaux secs, petits fours ou :

Jambon maigre peu salé, pain grillé ou :

Fromage frais, pain grillé en biscottes ou :

Confitures, marmelade.

Boire une 1/2 tasse d'infusion chaude.

12 heures. 1° Choisir une des trois catégories de viandes indiquées ici :

Viandes rôties ou grillées, chaudes ou froides mais bien divisées.

Volaille.

Poissons.

Et parmi elles choisir entre les suivantes :

Bœuf.

Agneau.

Veau (cotelettes maigres).

Lapin (culotte).

Volailles :

Poulets.

Dindes.

Pigeons.

Poissons :

Sole.

Merlans.

Turbot.

Barbue.

Dorade.
Limande.
Colin
Bar.
Aig le fin.

Faire frire ou rôtir et retirer la peau des volailles et des poissons :

2° Manger des légumes verts cuits :

Epinards.
Chicorée.
Laitue.
Cresson.
Salades cuites.
Petits pois.
Artichauts etc.

S'abstenir de choux, champignons, truffes. oseille, tomate.

Ou à leur défaut, légumes décortiqués ou :

Pommes de terre :

A l'anglaise.
En robe de chambre avec un peu de beurre très frais.

3° Fruits cuits, compotes, marmelades, pruneaux cuits ou crus.

Pâtisseries sèches et enfin pêche, raisin frais (mais en petite quantité.)

Pas de vin, pas d'alcool, pas de liqueur.

Boire de l'eau ordinaire, filtrée ou bien bouillie et refroidie ou de l'eau d'Evian, et le moins possible,

Une tasse d'infusion chaude après le repas et repos allongé d'une heure.

4 heures. Choisir entre :

1° Marmelade ou fruits cuits avec pain grillé en biscottes ou pâtisseries sèches.

2° Gâteaux secs.

3° Jambon maigre peu salé et tendre.

4° Fromage frais ou bien les trois suivants :

Gruyère.

Port-Salut.

Hollande.

5° Crême fraîche en petite quantité.

Boisson chaude ou eau à volonté.

7 heures. 1° Potages soit :

Au lait A l'eau, bien frais (de 1/5 à 1/2 du volume du potage suivant, la susceptibilité du malade avec :

Semoule.

Tapioca.

Manioc.

Riz.

Vermicelle.

Pâte d'Italie.

2° Ou bien : Potages aux farines lactées.

Ou bouillies très cuites de farines d'avoine, de lentilles, de maïs.

Prendre ensuite, soit des pâtes, soit des purées de légumes secs.

Pâtes :

Riz, Nouilles, Macaronis cuits à l'eau (on peut y ajouter du beurre frais au moment de servir).

Purées de :

Pommes de terre (au lait, ou au beurre frais.)
Pois.
Lentilles.
Haricots.
Fèves.
Flageolets.

(Boire comme à midi et faire suivre le repas d'une tasse d'infusion chaude.)

Dessert : fruits cuits ou marmelade.

Manger aux repas du pain grillé ou des biscottes. Manger lentement et bien mâcher.

Ne se servir ni de poivre, ni de moutarde, ni de vinaigre pour la préparation des aliments. Prendre autant que possible des légumes verts à midi et *à midi seulement*.

N'acheter que des pâtes fabriquées sans œufs.

Quand le malade ira assez bien pour supporter la viande le soir, il faudra commencer par le poisson et le jambon maigre avant de permettre les viandes grillées. Repos au lit, 12 heures au moins la nuit.

RÉGIME N° 1

Dans les formes aiguës on débutera par ce régime, le lait devra être dosé d'après la susceptibilité du malade qui fera 5 repas par jour et se nourrira de la façon suivante :

8 heures. 2 œufs brouillés ou battus dans du lait.

Prendre :

10 heures. Soit potage ou farines lactées.

Soit boullies très cuites aux farines :

D'avoine.

De lentille.

De maïs.

(Faire ces bouillies ou potages au lait en quantité variant de 1/5 à 1/2 du volume du potage suivant la susceptibilité du malade).

12 heures. Prendre :

Soit des

1° Pommes de terre en robe de chambre avec un peu de beurre frais ;

2° Purée au lait :

Pommes de terre.

Pois.

Lentilles.

Haricots.

Fèves.

Flageolets.

3° Des légumes décortiqués (ou des pâtes comme à 7 heures).

4 heures. 1° Chocolat à l'eau.

2° Une tasse de lait et gâteaux secs.

7 heures. 1° Potage au lait avec :

Semoule.

Tapioca.

Sagon.

Maniac.

Riz.

Vermicelle.

Pâtes d'Italie.

2° Pâtes cuites à l'eau :

Nouilles.

Macaroni.

(Ajouter du beurre frais avant de servir).

Ou purée comme à 12 heures.

Se servir de pâtes fabriquées sans œufs.

Boire aux repas des boissons chaudes en fusion de :

Tilleul.

Camomille.

Fleur d'oranger.

Quelques biscottes à midi et le soir.

Manger lentement.

REGIME N° 2

Faire 5 repas par jour et se nourrir de la façon suivante :

8 heures. 1° 2 jaunes d'œuf dans du lait ou du café noir pur concentré (sucrer à volonté).

2° Cacao à l'eau.

10 heures. Prendre : 1° soit :

Potages aux farines lactées.

Bouillies très cuites aux farines de :

Avoine.

Lentille.

Maïs.

(Faire ces bouillies ou potages soit à l'eau en y ajoutant un peu de beurre frais, soit au lait en quantité variant de 1/5 à 1/2 du volume du potage suivant la susceptibilité du malade).

2° Soit une tasse de lait et patisseries sèches (Si l'on n'a pas pris de lait le matin).

12 heures. Choisir entre :

1° Jambon maigre peu salé et tendre ;

2° Poissons frits dans une couche de pâte (ne manger ni la peau, ni la pâte) assaissonnés avec un peu de citron.

Sole.
Merlan.
Turbot.
Barbue.
Dorade.
Limande.
Colin.
Bar.
Aiglefin.

Prendre ensuite :

Soit une purée (au lait ou au beurre) :

Pommes de terre.
Pois.
Lentilles.
Haricots.
Fèves.
Flageolets.

Soit des légumes décortiqués.

Soit des pommes de terre en robe de chambre avec pain grillé au four et beurre frais. Ensuite fruits secs, ou marmelade, ou pruneaux cuits.

Choisir entre :

4 heures. 1° Riz au lait cuit 2 heures au moins (sucré ou salé à volonté) ;

2° Crêmes au lait et aux œufs ;

3° Chocolat, cacao, racahout à l'eau.

7 heures. Prendre :

1° Soit une bouillie indiquée plus haut (voir repas de de 10 heures), soit un potage à l'eau, ou lait avec (faits comme précédemment) :

Semoule.
Tapioca.
Sagou.
Manioc.
Riz.
Vermicelle.
Pâtes d'Italie.

2° Prendre ensuite :

Soit des pâtes (cuites à l'eau, ajouter du beurre au moment de servir) :

Nouilles.
Macaroni.

Soit des purées comme à 12 heures.

Manger aux repas du pain en tranches minces grillées au four ou des biscottes en petite quantité.

Boire des boissons chaudes aux repas, en buvant le moins possible. Ce sera une infusion soit de :

Camomille.
Fleur d'oranger.
De tilleul.

Repos allongé 1 heure après le repas de midi.

Repos au lit 12 heures au moins.

Manger lentement et bien mâcher les aliments.
Acheter des pâtes fabriquées sans œufs.
Ni vin, ni sauces, ni liqueurs, ni alcool.

Vu : Le Président de la Thèse,
M. DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)